

---

**Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200274483**

**Vítima: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 31/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274483

Vítima: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003250-6

Conta: 0000017230-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF de vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

6 - CPF:

233.287.704-53

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DIAMANTINO

9 - Número:

44

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

COHAB

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51340-550

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

81-99323-3228

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DATOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (912)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 001 - BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3250

6

CONTA:

17230

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a ser pago em favor do(a) beneficiário(a) indicado(a) no presente, após a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



Eridson Oliveira Da Silva

Banco: 001 - BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 3250

Conta: 17230-8



# Ourocard

## Fácil



International

4854 6420 5401 4901

GOOD  
THRU

01/25

ERIDSON O SILVA

3250-6

17.230-8

# VISA



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM  
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO  
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO  
MI-501/20



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



60 PM - TUBALE  
PATROCÍNIO - 115222-5  
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO X SEM ANEXO

|                     |                             |                 |        |               |            |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|--------|---------------|------------|
| Município           | OLINDA                      | Rodovia         | PÉ-015 | Km            |            |
| Ponto de Referência | EM FRENTE A UPA DA TABAJARA |                 |        | Data          | 31/01/2020 |
| Dia da Semana       | SEXTA-FEIRA                 | Hora/Ocorrência | 15:15  | Hora/Cheg./Pr | 17:00      |

II - TIPO DE ACIDENTE

| ATROPELAMENTO | COLISÃO      | CHOQUE        | CAPOTAMENTO    | ENGAVETAMENTO |
|---------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| Pedestre      | Longitudinal | Poste, Árvore | TOMBAMENTO     | OUTROS        |
| Animal        | Transversal  | Muro, Casa    | SAIDA DE PISTA |               |
|               |              | Veic. Parado  |                |               |

III - CONSEQUÊNCIA

|                                 |            |    |           |         |          |
|---------------------------------|------------|----|-----------|---------|----------|
| SEM VITIMA                      | COM VITIMA | X  | MORTOS    | FERIDOS | X        |
| Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE | IDENT.     | 02 | NÃO IDENT | -       | TOTAL 02 |

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

| ACID. VERIFICADO | CONDIÇÕES/VIA | CONDIÇÕES/TEMPO | PERÍODO/DIA | SEMÁFORO    |
|------------------|---------------|-----------------|-------------|-------------|
| Longo da Via     | Seca X        | Bom X           | Manhã       | S/Defeito X |
| Cruzamento       | Molhada       | Chuva           | Tarde X     | C/Defeito   |
| Outros           | Enlameada     | Neblina         | Noite       | Desligado   |
|                  | Oleada        | Garoa           | Madrugada   | N/Existe    |

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

| Policial    | Placa "Pare"       | MÃO DE DIREÇÃO | DIVISÃO DA VIA     |
|-------------|--------------------|----------------|--------------------|
| F. Pedestre | Placa "Dê a Pref." | Única          | Faixa Contínua     |
| F. Retenção | Não há Placas      | Dupla X        | Canteiro Central X |
|             |                    |                | Blocos             |
|             |                    |                | Outros             |

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

| EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2 | COMPORTAMENTO - VI/V2  |
|---------------------------------------|------------------------|
| Realizado no Local                    | Permaneceu no local V2 |
| Enc. Para Exame                       | Socorrido VI           |
| Não foi Realizado                     | Evadiu-se              |

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| Proprietário         | Tomou Conhecimento |
| Natureza das Avarias |                    |

# VIII - VEÍCULOS

| QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2 |       | ESPÉCIE - VI/V2 |       | CATEGORIA - VI/V2 |    |
|--------------------------|-------|-----------------|-------|-------------------|----|
| Automotor                | VI/V2 | Passageiro      | VI/V2 | Oficial           |    |
| Elétrico                 |       | Carga           |       | Representação     |    |
| De Propulsão Humana      |       | Misto           |       | Particular        | V1 |
| Reboque ou Semi-reboque  |       | Competição      |       | Aluguel           | V2 |
|                          |       | Tração          |       | Aprendizagem      |    |
|                          |       | Especial        |       |                   |    |

## IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

### VEÍCULO - 01

|                |                             |               |                    |                             |            |           |                |       |          |
|----------------|-----------------------------|---------------|--------------------|-----------------------------|------------|-----------|----------------|-------|----------|
| Marca          | FIAT                        | Modelo        | SIENA              | Ano                         | 2015/16    | Renavam   | 1073995370     | Placa | PGW-9602 |
| Município      | RECIFE                      | Nº do Chassis | 9BD19713MG3279669  | Veículo de Carga nº de Eixo |            |           |                |       |          |
| Carregado      |                             | Apreendido    | X                  | Liberado                    |            |           | Evadiu - se    |       |          |
| Proprietário   | ROGERIO ANTONIO DE OLIVEIRA |               |                    |                             |            |           |                |       |          |
| Residência     |                             |               |                    | Bairro                      |            |           |                |       |          |
| Município      | RECIFE                      | Rg.           | 2314500            | Org. Exp.                   | SDS PE     | CPF       | 196.627.004-63 |       |          |
| Condutor       | ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA   |               |                    |                             |            |           |                |       |          |
| Residência     |                             |               | RUA DIAMANTINO, 44 | Bairro                      |            |           | UR II - IBURA  |       |          |
| Município      | RECIFE                      | Rg.           | 1897397            | Org. Exp.                   | SDS PE     | CPF       | 233.287.704-53 |       |          |
| CNH/Pront./ Nº | 2152178495                  | Categoria     | B                  | Validade                    | 15/10/2020 | Hora/Dir. | 1H             |       |          |

### VEÍCULO - 02

|                |                                       |               |                    |                             |            |           |                    |       |          |
|----------------|---------------------------------------|---------------|--------------------|-----------------------------|------------|-----------|--------------------|-------|----------|
| Marca          | VOLVO                                 | Modelo        | M POLO             | Ano                         | 2014       | Renavam   | 1034989143         | Placa | PGY-8040 |
| Município      | OLINDA                                | Nº do Chassis | 9BVR9R320EE384252  | Veículo de Carga nº de Eixo |            |           |                    |       |          |
| Carregado      |                                       | Apreendido    |                    | Liberado                    | X          |           | Evadiu - se        |       |          |
| Proprietário   | CIDADE ALTA TRANSPORTE E TURISMO LTDA |               |                    |                             |            |           |                    |       |          |
| Residência     |                                       |               |                    | Bairro                      |            |           |                    |       |          |
| Município      | OLINDA                                | Rg.           |                    | Org. Exp.                   |            | CNPJ      | 70.227.608/0001-39 |       |          |
| Condutor       | WAGNER DIAS SOARES                    |               |                    |                             |            |           |                    |       |          |
| Residência     |                                       |               | RUA DA VITORIA, 10 | Bairro                      |            |           | IBURA              |       |          |
| Município      | RECIFE                                | Rg.           | 6536596            | Org. Exp.                   | SDS PE     | CPF       | 053.518.194-90     |       |          |
| CNH/Pront./ Nº | 03227355907                           | Categoria     | AE                 | Validade                    | 05/01/2020 | Hora/Dir. | 1H                 |       |          |

### TESTEMUNHA - 01

|            |  |        |     |           |  |           |  |
|------------|--|--------|-----|-----------|--|-----------|--|
| Nome       |  | Idade  |     | Sexo      |  | Profissão |  |
| Residência |  | Bairro |     |           |  |           |  |
| Município  |  | U.F.   | Rg. | Org. Exp. |  | CPF       |  |

### TESTEMUNHA - 02

|            |  |        |     |           |  |           |  |
|------------|--|--------|-----|-----------|--|-----------|--|
| Nome       |  | Idade  |     | Sexo      |  | Profissão |  |
| Residência |  | Bairro |     |           |  |           |  |
| Município  |  | U.F.   | Rg. | Org. Exp. |  | CPF       |  |

### VÍTIMA - 01

|                           |                                        |                         |                    |         |           |               |           |                |                |
|---------------------------|----------------------------------------|-------------------------|--------------------|---------|-----------|---------------|-----------|----------------|----------------|
| Nome                      |                                        | Natureza dos Ferimentos |                    | Leve    | X         | Graves        |           | Mortais        |                |
| ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA |                                        | Motorista               |                    | X       |           | Passageiro    |           | Pedestre       |                |
| Estado Civil              | CASADO                                 | Idade                   | 28                 | Sexo    | MASC      | Nacionalidade | BRA       | Naturalidade   |                |
| Profissão                 | MOT APP                                | Residência              | RUA DIAMANTINO, 44 |         |           |               | Bairro    | UR II - IBURA  |                |
| Município                 | RECIFE                                 | UF                      | Rg.                | 1897397 | Org. Exp. | SDS PE        | CPF       | 233.287.704-53 |                |
| Socorrido                 | UPA DE OLINDA                          |                         |                    |         |           |               | Município | OLINDA         |                |
| Dados Fornecidos Por      | RAYANE PRISCILA SIMOES XAVIER DA ROCHA |                         |                    |         |           |               |           |                |                |
| Residência                | RUA DIAMANTINO, 44                     |                         |                    |         |           |               | Bairro    | UR II - IBURA  |                |
| Município                 | RECIFE                                 | UF                      | PE                 | Rg.     | 8101571   | Org. Exp.     | SDS PE    | CPF            | 010.335.884-60 |

### VÍTIMA - 02

|                              |                                      |                         |                       |      |           |               |           |              |   |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------|------|-----------|---------------|-----------|--------------|---|
| Nome                         |                                      | Natureza dos Ferimentos |                       | Leve | X         | Graves        |           | Mortais      |   |
| NIVALDO LOPES DA SILVA FILHO |                                      | Motorista               |                       |      |           | Passageiro    | X         | Pedestre     |   |
| Estado Civil                 | CASADO                               | Idade                   | 19                    | Sexo | M         | Nacionalidade | BRA       | Naturalidade |   |
| Profissão                    | AMBULANTE                            | Residência              | RUA MONTE ALEGRE, 210 |      |           |               | Bairro    | OURO PRETO   |   |
| Município                    | OLINDA                               | UF                      | PE                    | Rg.  | 10603683  | Org. Exp.     | SDS PE    | CPF          | - |
| Socorrido                    | PELO BOMBEIRO PARA A UPA DE TABAJARA |                         |                       |      |           |               | Município |              |   |
| Dados Fornecidos Por         | O MESMO                              |                         |                       |      |           |               |           |              |   |
| Residência                   |                                      |                         |                       |      |           |               | Bairro    |              |   |
| Município                    |                                      | UF                      | Rg.                   |      | Org. Exp. |               | CPF       |              |   |



DEPT. - VOLLE  
PATRULHA - 113222-0  
CABALHO DA POLÍCIA MONTADA



**BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA**  
**SUBSEÇÃO DE TRAFEGO E ACIDENTE**

**ANEXO AO B.A.T. Nº**

|                      |                               |                         |                              |           |                |               |                   |              |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------|----------------|---------------|-------------------|--------------|
| <b>VÍTIMA - 03</b>   |                               | Natureza dos Ferimentos |                              | Leve      | X              | Graves        |                   | Mortais      |
| Nome                 | <b>BRUNA RAYSA PORTELA G.</b> |                         |                              | Motorista |                | Passageiro    | X                 | Pedestre     |
| Estado Civil         | <b>SOLTEIRA</b>               | Idade                   | <b>26</b>                    | Sexo      | <b>FEM</b>     | Nacionalidade | <b>BRA</b>        | Naturalidade |
| Profissão            | <b>DESEMP</b>                 | Residência              | <b>RUA MONTE ALEGRE, 210</b> |           |                | Bairro        | <b>OURO PRETO</b> |              |
| Município            | <b>OLINDA</b>                 | UF                      | <b>PE</b>                    | Rg.       | <b>7320917</b> | Org.Exp.      | <b>SDS PE</b>     | <b>CPF</b>   |
| Socorrido            | <b>UPA DE OLINDA</b>          |                         |                              |           |                | Município     | <b>OLINDA</b>     |              |
| Dados Fornecidos Por |                               | <b>A MESMA</b>          |                              |           |                |               |                   |              |
| Residência           |                               |                         |                              |           |                |               | Bairro            |              |
| Município            |                               | UF                      |                              | Rg.       |                | Org.Exp.      |                   | CPF          |

|                      |                              |                             |                              |           |          |               |                   |              |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------|----------|---------------|-------------------|--------------|
| <b>VÍTIMA - 04</b>   |                              | Natureza dos Ferimentos     |                              | Leve      | X        | Graves        |                   | Mortais      |
| Nome                 | <b>YARA LIZ PORTELA LECA</b> |                             |                              | Motorista |          | Passageiro    | X                 | Pedestre     |
| Estado Civil         |                              | Idade                       | <b>7 M</b>                   | Sexo      | <b>F</b> | Nacionalidade | <b>BRA</b>        | Naturalidade |
| Profissão            |                              | Residência                  | <b>RUA MONTE ALEGRE, 210</b> |           |          | Bairro        | <b>OURO PRETO</b> |              |
| Município            | <b>OLINDA</b>                | UF                          | <b>PE</b>                    | Rg.       | <b>-</b> | Org.Exp.      | <b>-</b>          | CPF          |
| Socorrido            | <b>UPA DE OLINDA</b>         |                             |                              |           |          | Município     | <b>OLINDA</b>     |              |
| Dados Fornecidos Por |                              | <b>PELA MÃE - VITIMA 03</b> |                              |           |          |               |                   |              |
| Residência           |                              |                             |                              |           |          |               | Bairro            |              |
| Município            |                              | UF                          |                              | Rg.       |          | Org.Exp.      |                   | CPF          |

|                      |  |                         |  |           |  |               |        |              |
|----------------------|--|-------------------------|--|-----------|--|---------------|--------|--------------|
| <b>VÍTIMA - 05</b>   |  | Natureza dos Ferimentos |  | Leve      |  | Graves        |        | Mortais      |
| Nome                 |  |                         |  | Motorista |  | Passageiro    |        | Pedestre     |
| Estado Civil         |  | Idade                   |  | Sexo      |  | Nacionalidade |        | Naturalidade |
| Profissão            |  | Residência              |  |           |  | Bairro        |        |              |
| Município            |  | UF                      |  | Rg.       |  | Org.Exp.      |        | CPF          |
| Socorrido            |  |                         |  |           |  | Município     |        |              |
| Dados Fornecidos Por |  |                         |  |           |  |               |        |              |
| Residência           |  |                         |  |           |  |               | Bairro |              |
| Município            |  | UF                      |  | Rg.       |  | Org.Exp.      |        | CPF          |

|                      |  |                         |  |           |  |               |        |              |
|----------------------|--|-------------------------|--|-----------|--|---------------|--------|--------------|
| <b>VÍTIMA - 06</b>   |  | Natureza dos Ferimentos |  | Leve      |  | Graves        |        | Mortais      |
| Nome                 |  |                         |  | Motorista |  | Passageiro    |        | Pedestre     |
| Estado Civil         |  | Idade                   |  | Sexo      |  | Nacionalidade |        | Naturalidade |
| Profissão            |  | Residência              |  |           |  | Bairro        |        |              |
| Município            |  | UF                      |  | Rg.       |  | Org.Exp.      |        | CPF          |
| Socorrido            |  |                         |  |           |  | Município     |        |              |
| Dados Fornecidos Por |  |                         |  |           |  |               |        |              |
| Residência           |  |                         |  |           |  |               | Bairro |              |
| Município            |  | UF                      |  | Rg.       |  | Org.Exp.      |        | CPF          |

|                      |  |                         |  |           |  |               |        |              |
|----------------------|--|-------------------------|--|-----------|--|---------------|--------|--------------|
| <b>VÍTIMA - 07</b>   |  | Natureza dos Ferimentos |  | Leve      |  | Graves        |        | Mortais      |
| Nome                 |  |                         |  | Motorista |  | Passageiro    |        | Pedestre     |
| Estado Civil         |  | Idade                   |  | Sexo      |  | Nacionalidade |        | Naturalidade |
| Profissão            |  | Residência              |  |           |  | Bairro        |        |              |
| Município            |  | UF                      |  | Rg.       |  | Org.Exp.      |        | CPF          |
| Socorrido            |  |                         |  |           |  | Município     |        |              |
| Dados Fornecidos Por |  |                         |  |           |  |               |        |              |
| Residência           |  |                         |  |           |  |               | Bairro |              |
| Município            |  | UF                      |  | Rg.       |  | Org.Exp.      |        | CPF          |





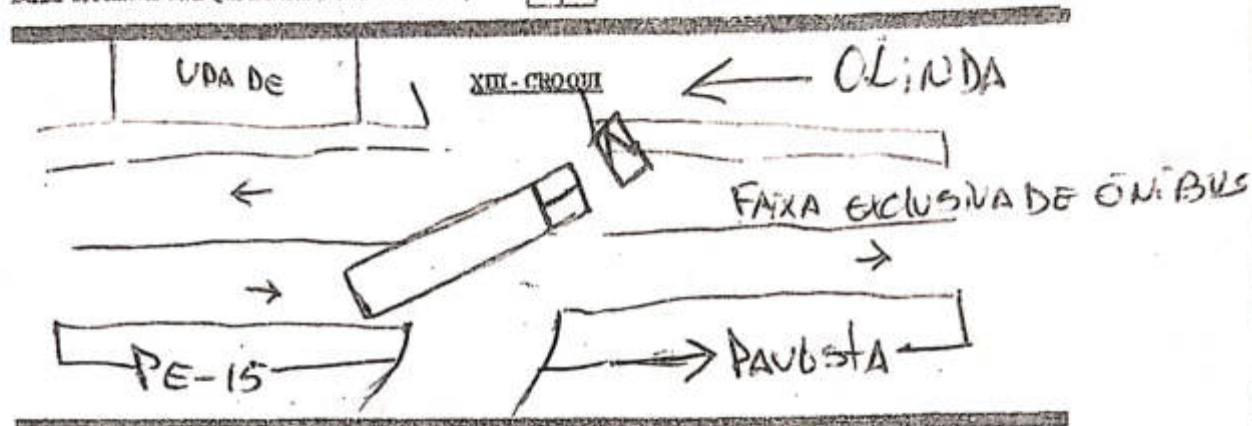
### XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir s/ CNH (Art. 162, I, CTB)  
Conduzir veíc. s/ doc. Port. obrig. (Art. 232 CTB)  
Conduzir veíc. s/ doc. Porte obrig. (Art. 231 CTB)  
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)  
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)  
Deixar de adotar prev. p/ evitar poss. trans. (Art. 176, CTB)  
Deixar de preservar local de acil. (Art. 176 III CTB)  
Deixar de remover veíc. Qdo Determ. (Art. 176, IV CTB)

v1 v2

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Deixar de prestar socorro. s/ (Art. 176, v. CTB)  
Desob. Ordens do Agente Trans. (Art. 195 CTB)  
Conduzir veíc. s/ facis. violada (Art. 230, I CTB)  
Conduzir veíc. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)  
Conduzir veíc. s/ placa ileg. (Art. 230 VI, CTB)  
Conduzir veíc. Alter. De contrat. (Art. 230, VII, CTB)  
Conduzir veíc. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)  
Outras



### XIV - SIMBOLOGIA

Automóvel e outros veículos de 4 rodas  
 Ônibus, Caminhão e Trator  
 Trem  
 Veículo de 2 ou 3 rodas  
 Pedestre  
 Animal  
 Objeto Fixo

Incêndio  
 Marcha à Frente.  
 Marcha à Ré  
 Derrapagem  
 Capotamento ou Tombamento  
 Local da Colisão  
 Depósito da colisão

### XV - AVARIAS APARENTES

#### VEÍCULO - 1

- Quebra-manto  
- CAPÔ  
- Parabrisa Dianteira e Traseira  
- Portas Esquerdas  
- Vidros todos do lado esquerdo  
- Empenamento  
- Coluna Central  
- Para-choque Dianteiro

#### VEÍCULO - 02

- Parabrisa traseiro  
- Para-choque quebrado  
- Farol direito quebrado



### XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do receptor da ocorrência:

Hora:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL  
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA.

NOME:

567

980595-8

BRITO  
ASS: Willen BL

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:

## XII – INFRACÕES COMETIDAS

|                                                                    | V.1 / V.2 |                                                          | V.1 / V.2 |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------|-----------|
| Dirigir s/CNH ( Art. 162, I CTB )                                  |           | Deixar de Prestar Inform. s/ acid. ( Art. 176 V CTB )    |           |
| Conduzir Veic. ã Lic. ( Art. 230 V CTB )                           |           | Desob. Ordens do Agente trans. ( Art. 195 CTB )          |           |
| Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. ( Art. 232 CTB )               |           | Conduzir Veic. C/ Lacre Violado ( Art. 230 I CTB )       |           |
| Dirigir Sob. Influen. Álcool ( Art. 165 CTB )                      |           | Conduzir Veic. S/ Placa ( Art. 230 IV CTB )              |           |
| Deixar de Prestar Socorro à Vitima ( Art. 176 I CTB )              |           | Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. ( Art. 230 VI CTB )        |           |
| Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trans. ( Art. 176 II CTB ) |           | Conduzir Veic. Alter. De Caract. ( Art. 230 VII CTB )    |           |
| Deixar de Preserva Local de Acid. ( Art. 176 III CTB )             |           | Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. ( Art. 230 IX CTB ) |           |
| Deixar de Remover Veic. Qdo. Determ. ( Art. 176 IV CTB )           |           | Outras                                                   |           |

## XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

## XVI – DADOS NECESSÁRIOS

|                                 |                 |              |            |                   |              |                    |
|---------------------------------|-----------------|--------------|------------|-------------------|--------------|--------------------|
| 1. Reboque Efetuado             | Polícia Militar |              | Particular |                   | Não Efetuado |                    |
| 2. Comunicado à Delegacia de    |                 |              |            |                   |              | Hora               |
| Nome do Recebedor da Ocorrência |                 |              |            |                   | Matricula    |                    |
| XVII – Responsável Pelo BAT     | Posto/Grad.     | SGT PM       | Matricula  | 980595-8          | NOME         | BRITO              |
| XVIII – Digitador da SSTA       |                 | SD PM YHALLE |            | Of. Chefe da SSTA |              | MAJ PM SWELLINGTON |

**CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO**

DATA: 03/02/2020.

ASS: *[Assinatura]*



SD PM - YHALLE  
MATRÍCULA - 115211-9  
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

#### IV – SIMBOLOGIA

|                                         |                                                                                   |                             |                                                                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas |  | Incêndio -                  |  |
| Ônibus, Caminhão ou Trator -            |  | Marcha à frente -           |  |
| Trem -                                  |  | Marcha à Ré -               |  |
| Veículo de 2 ou 3 Rodas -               |  | Derrapagem -                |  |
| Pedestre                                |  | Capotamento ou Tombamento - |  |
| Animal -                                |  | Local da colisão -          |  |
| Objeto Fixo                             |  | Depois da Colisão -         |  |

#### XIII – CROQUI

### EM ANEXO



POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO  
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA  
BUAT Nº M 501/2020

ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Por determinação do CIODS, fomos até a PE 015 em  
frente a UPA da Tabajara para verificar um acidente com  
vítima. Quando chegamos ao local a GT 1212 comandada pelo  
SGT 930121-7 Jailo R. Corrêa já estava no local onde  
nos passou os veículos envolvidos do BO que o mesmo nos  
informou que tinha havido 04 vítimas onde 03 vítimas  
estavam na UPA da Tabajara e outra vítima tinha sido  
ocorrida para Antares, onde o IL já tinha compareci-  
do no local. Na presença do perito criminal João Leites  
de MAT. 11349-6. Que também o Bimbo já tinha vindo  
na presença do caso CMPE MAT. 710425. O TOBIVA nos  
deslocamos para a UPA da Tabajara onde conseguimos pegar  
os dados das 03 vítimas. Depois fomos até a Antares  
onde conseguimos pegar os dados da quarta vítima.  
Por não se apresentar nenhum familiar no local o veículo  
foi removido para o depósito do DER  
Obs: O acidente aconteceu às 15:15 onde o CIODS se  
nos acionou às 17:30 através do M 11018441



W. R. da Costa R.  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO  
CIDAD/MAT/NOME

3567985758 B.R.F.



**BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)**



**DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº M: 501/2020).**

**DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:**

EU WAGNER DIAS SCARFI MOTORISTA DO BRT VINHA ~~EM~~  
NA FAIXA EXCLUSIVA DE ÔNIBUS NA MARGEM DA UPA DE OLINDA  
QUANDO NO RETORNO UM VEÍCULO CIMA FEIZ O RETORNO DE UMA VEZ  
SEM OLTA QUANDO EU VI O VEÍCULO JÁ TAVA NA FROTA DO ÔNIBUS  
SEM DA TEMPO DE PARA O ÔNIBUS EU COLETEI NO MEIO DO MEIO



\*\*\*\*\*

Veículo: BRT

Nome do Condutor: WAGNER DIAS SCARFI

RG: 6536596

Órgão Expedidor: SOS

CPF: 653 616 194 90

Placa do Veículo: PGR 8090 Data: 31/01/2020

Assinatura: WAGNER DIAS SCARFI

98421-4065

**Observação:**

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAI

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF do vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 4/8/2013

5 - Nome completo

**ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA**

6 - CPF: **233.287.704-53**

7 - Profissão

8 - Endereço

**RUA DIAMANTINO**

9 - Número

**44**

10 - Complemento

**CASA**

11 - Bairro

**COHAB**

12 - Cidade

**RECIFE**

13 - Estado

**PE**

14 - CEP

**51340-550**

15 - E-mail

**81-99323-3228**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COMO CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - UNIDADE BANCÁRIA:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (somente para as contas abertas. Anotar uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (252)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (006)

☒ CONTA CORRENTE (poderá ser aberta)

Nome do BANCO: **001 - BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

**3250**

**6**

CONTA:

**17230**

**8**

(Informar o dígito de controle)

(Informar o dígito de controle)

(Informar o dígito de controle)

(Informar o dígito de controle)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAI, a ser pago pelo seguro, encaminhando o devido comprovante após a efetivação do crédito, notando que o valor recebido não será devolvido.

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

☒

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

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

Sobre o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAI, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordo, desde que, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vitais:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vitais:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Declaro, sob as penas da Lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAI por morte a quem o beneficiário que se apresentar com a documentação necessária, e que, caso contrário, a Seguradora Líder não se responsabiliza por qualquer erro ou omissão ou declaração não verdadeira, podendo gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

*[Assinatura]*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Provedor (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03250-6

CONTA: 000000017230-8

---

Nr. da Autenticação 292A91B121CA3A68

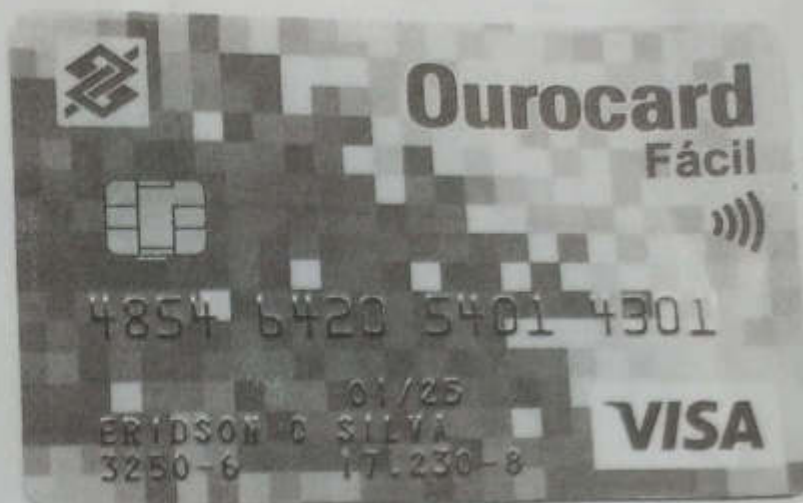
R.PE.CARAPUCEIRO,777  
BOA VIAGEM  
51020-280 RECIFE - PE



ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA  
DIAMANTINO 44  
COHAB  
51340-550 RECIFE - PE



BE857785245BR



Cel. 17

Movto: 20020

00004464 - V307666CE27.928

## Parabéns. Você acaba de receber o seu Ourocard

Com ele, você faz compras no débito e movimenta a sua conta corrente de participar de promoções especiais.

Este cartão não tem a função crédito e não poderá ser utilizado para realizar compras nesta funcionalidade sem sua prévia e expressa solicitação.

Caso tenha interesse em habilitar a função crédito do seu Ourocard, você poderá solicitar a habilitação no [bb.com.br/ourocard](http://bb.com.br/ourocard), em um dos caixas eletrônicos, pela Central de Relacionamento BB 4004 0001 ou 0800 729 0001, ou em uma agência. A habilitação está sujeita a análise e aprovação de limite de crédito.

Libere seu Ourocard e aproveite todas as vantagens que ele tem para oferecer.



Atendimento: 1587410

Data e Hora: 31/01/2020 15:52

Senha da Classificação:

P0074

Paciente: 535227 ERIDILSON OLIVEIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/05/1959

Idade: 60 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: SALVINA DE OLIVEIRA DA SILVA

Nome do Pai: SEM DOCU

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RODOVIA PE-15 DE 3967 A 99 - TRAZIDO PELOS E 0

Bairro: TABAJARA

Cidade/UF: OLINDA

PE Cep: 53350015

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 15:55

### Exame Principal

Alt. máxima de elevação carotídea - síncope episódica  
durante HTA, precedida de náuseas e tonturas

de alergia

### Exame Físico

ECG, hemograma, urinal, exames

ACV: RER em AIT, E/RA

### Hipótese Diagnóstica

1. Elevação carotídea - síncope / síndrome tórpida

### Conduta Terapêutica

1. Rx de tórax

### Prescrição Médica

1. Solução injetável de ergonovina  
em 10 ml de HMA

Senha 5872853

2. Paracetamol 50 mg, 01 cm + SF 0,9% 100 ml, EV

16/01/2020  
TOMADA DE 15:55

Destino:

( ) Encaminhado ao Ambulatório

( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico  
Médico  
CRM-PF 25829

Carimbo/Médico



1587410

# UPA 24 HORAS - OLINDA

Resultado da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 31/01/2020 15:38

Nome Paciente: ERIDILSON OLIVEIRA DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 61  
Senha: P0074  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 31/01/2020 15:48 - 31/01/2020 15:49

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**  
Cor: **VERMELHO**  
Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS  
RELATOD E TRAUMA EM ABD E CABECA  
Observação: ALERGIA: NEGA  
HAS-  
DM-  
Fluxograma sintoma: DOR ABDOMINAL / QUEIXAS URINÁRIAS  
Discriminador(es): - SSVV ALTERADOS  
Especialidade: CLINICA GERAL

RUA DIAMANTINO 44

UR-02 IBUNA - REEF

982885244

Nasc. 22-05-1960

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 31/01/2020 15:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Olinda 20 de Julho de 2020.

### DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento nº1587410, onde se lê o nome do paciente ERILDILSON OLIVEIRA DA SILVA e data de nascimento 22/05/1959, leia-se **ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA E 22/05/1961**. Informamos que o cadastro foi realizado por terceiros, sem apresentação do documento e que seus dados foram retificados mediante apresentação posterior do CNH: 02152178695.

Atenciosamente,



UPA OLINDA  
Elizângela Torre  
Coord. Adm. Financeiro

---

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR  
UPA OLINDA



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



### SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

|                                 |                            |                     |                                          |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------|------------------------------------------|
| Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA |                            | Prontuário: 1710948 | <input checked="" type="checkbox"/> ALTA |
| Idade: 58 Anos 8 Meses 18 Dias  | Sexo: Masculino            |                     | <input type="checkbox"/> ÓBITO           |
| Proc.:                          | Admissão no HR: 31/01/2020 |                     | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA   |
| Adm. Clínica:                   | Alta: 09/02/2020           |                     | <input type="checkbox"/> FÓRUM           |
| Enfermaria /Leito: 734-L1       |                            |                     |                                          |

### MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 31/01/2020 (COLISÃO CARRO X ÔNIBUS), SENDO LEVADO PARA A URGÊNCIA DE URGÊNCIA. DEPOIS DE SER AVALIADO NA URGÊNCIA, FOI ENCAMINHADO PARA A ENFERMARIA DE CIRURGIA GERAL. NA ENFERMARIA, FOI IDENTIFICADA DOR EM TÓRAX ESQUERDO, SENDO REALIZADA TAC DE TÓRAX, IDENTIFICANDO HEMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS. FOI REALIZADA DRENAGEM TORÁCICA E PNEUMORRAFIA. TAC DE ABDOME, AINDA NO MESMO DIA, NA QUAL SE IDENTIFICOU LESÃO RENAL À DIREITA, LÂMINA LÍQUIDA PERISPLENICA, AUSÊNCIA DE LÍQUIDO PERIHEPÁTICO OU EM Pelve. PACIENTE EVOLUIU HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SENDO RETIRADO O DRENO DE TÓRAX NO DIA 03/02/2020. PACIENTE EVOLUIU COM QUEDA DE 4 PONTOS DE HB EM 1 DIA APÓS RETIRADA DO DRENO, SENDO EVIDENCIADO POR RAIOS X E TAC DE TÓRAX PRESENÇA DE HEMOTÓRAX, SENDO REALIZADA NOVA DRENAGEM TORÁCICA E PNEUMORRAFIA. PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA DO ESTADO GERAL, MELHORA RADIOLOGICA E BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR, SENDO TRANSFERIDO PARA A ENFERMARIA DE CIRURGIA GERAL, ONDE FOI ADMITIDO EM BOM ESTADO GERAL NO DIA 05/02/2020. PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA DO ESTADO GERAL, MELHORA RADIOLOGICA E BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR, RETIRA OS DRENOS TORACICOS SEM INTERCORRENCIAS E RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS.

### EXAMES COMPLEMENTARES

31/01/2020 - TAC DE TÓRAX: HEMOTÓRAX MODERADO À ESQUERDA + FRATURA DE ARCOS COSTAIS.  
31/01/2020 - TAC DE ABDOME: LESÃO RENAL À DIREITA, LÂMINA LÍQUIDA PERISPLENICA, AUSÊNCIA DE LÍQUIDO PERIHEPÁTICO OU EM Pelve.  
02/02/2020 - RAIOS X DE TÓRAX E TAC DE TÓRAX: HEMOTÓRAX.  
RX TÓRAX 05/02 - PULMAO BEM EXPANDIDO / OPACIFICAÇÃO EM BASE HTE  
RX TÓRAX 08/02 - BORRAMENTO RESIDUAL EM BASE DE HTE / PULMAO EXPANDIDO

### EXAMES FÍSICO NA ALTA

EGBM, CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, HIDRATADO  
ACV: RCR EM 2T BNF 5/5 FC: 84 BPM  
AR: MV+ EM A.T. S/RA FR: 16 IRPM  
ABD: SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, SEM VMG, RHA+, INDOLOR À PALPAÇÃO

### DIAGNÓSTICO

- 1) PT (03/02/2020) TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA + 2 DTFE.
- 2) PO (31/01/20) DTFE SEL. HEMOTÓRAX
- 3) FRATURA DE CLAVICULA E 4º ARCO COSTAL (ALTA DA TRAUMATOLOGIA)

### TRATAMENTO REALIZADO

(03/02/2020): TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA. ACHADOS: CERCA DE 1000 ML DE SANGUE + COAGULOS. LESÃO DE CERCA DE 2 CM EM SEGMENTO 5 DE LOBO INFERIOR PULMONAR ESQUERDO, COM SANGRAMENTO ATIVO. REALIZAÇÃO DE SUTURA DE LESÃO + RETIRADA DE COAGULOS + LIMPEZA DE CAVIDADE + APOSIÇÃO DE 2 DRENOS TORACICOS.

### PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1. EM CASO DE APARECIMENTO DE DOR TORÁCICA OU OUTROS SINTOMAS PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.
2. MARCAR E RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR OTACÍLIO DIA 24/02/2020 AS 6H
3. SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS (CIRURGIA GERAL E TRAUMATOLOGIA)

### MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF: DR OTACÍLIO ALBUQUERQUE  
MR2: JOAO PAULO SIQUEIRA  
MR1: LUCAS CASE FERRAZ

Lucas Case Ferraz  
CRM-PE 27576

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



### SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

|                                 |                            |                     |                                          |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------|------------------------------------------|
| Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA |                            | Prontuário: 1710948 | <input checked="" type="checkbox"/> ALTA |
| Idade: 58 Anos 8 Meses 18 Dias  | Sexo: Masculino            |                     | <input type="checkbox"/> ÓBITO           |
| Proc.:                          | Admissão no HR: 31/01/2020 |                     | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA   |
| Adm. Clínica:                   | Alta: 09/02/2020           |                     | <input type="checkbox"/> FÓRUM           |
| Enfermaria /Leito: 734-L1       |                            |                     |                                          |

### MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 31/01/2020 (COLISÃO CARRO X ÔNIBUS), SENDO LEVADO PARA A UTI DE CUIDADO DE ENFERMIA PARA EMERGÊNCIA DESSE SERVIÇO PARA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA A UMA VIZINHA. APÓS AVALIAÇÃO QUADRO DE AMNÉSIA, NA EMERGÊNCIA, FOI IDENTIFICADA DOR EM TÓRAX ESQUERDO, SENDO REALIZADA TAC DE TÓRAX E TAC DE ABDOME. TAC DE ABDOME, AINDA NO MESMO DIA, NA QUAL SE IDENTIFICOU LESÃO RENAL À DIREITA, LÂMINA LÍQUIDA PERIHEPÁTICA OU EM PELVE. PACIENTE EVOLUIU HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SENDO RETIRADO O DRENO DE TÓRAX NO DIA 01/02/2020. PACIENTE EVOLUIU COM QUEDA DE 4 PONTOS DE HB EM 1 DIA APÓS RETIRADA DO DRENO, SENDO EVIDENCIADO POR RAIOS X E TAC DE TÓRAX PRESENÇA DE HEMOTÓRAX, SENDO REALIZADA NOVA DRENAGEM TORÁCICA E PELO ALTO DÉBITO INDICADA REALIZAÇÃO EM 02/02/2020 DE TORACOTOMIA, PNEUMORRAFIA + 2 DTFE PELA SUSPEITA DE LESÃO PULMONAR. PACIENTE EVOLUIU EM SR HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SENDO TRANSFERIDO PARA A ENFERMARIA DE CIRURGIA GERAL, ONDE FOI ADMITIDO EM BOM ESTADO GERAL NO DIA 05/02/2020. PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA DO ESTADO GERAL, MELHORA RADIOLOGICA E BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR, RETIRA OS DRENOS TORÁCICOS SEM INTERCORRENCIAS E RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS.

### EXAMES COMPLEMENTARES

31/01/2020 - TAC DE TÓRAX: HEMOTÓRAX MODERADO À ESQUERDA + FRATURA DE ARCOS COSTAIS.  
31/01/2020 - TAC DE ABDOME: LESÃO RENAL À DIREITA. LÂMINA LÍQUIDA PERIHEPÁTICA, AUSÊNCIA DE LÍQUIDO PERIHEPÁTICO OU EM PELVE.  
02/02/2020 - RAIOS X DE TÓRAX E TAC DE TÓRAX: HEMOTÓRAX.  
RX TÓRAX 05/02 - PULMAO BEM EXPANDIDO / OPACIFICAÇÃO EM BASE HTE  
RX TÓRAX 08/02 - BORRAMENTO RESIDUAL EM BASE DE HTE / PULMAO EXPANDIDO

### EXAMES FÍSICO NA ALTA

EGBM, CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, HIDRATADO  
ACV: RCR EM 27 BPM S/S FC: 84 BPM  
AR: MV+ EM A-T S/RA FR: 16 IRPM  
ABD: SEMÍGLOBO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, SEM VMG, RHA+, INDOLOR À PALPAÇÃO

### DIAGNÓSTICO

- 1) PT (03/02/2020) TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA + 2 DTFE.
- 2) PO (31/01/20) DTFE SEL. HEMOTÓRAX
- 3) FRATURA DE CLAVÍCULA E 4º ARCO COSTAL (ALTA DA TRAUMATOLOGIA)

### TRATAMENTO REALIZADO

(03/02/2020): TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA. ACHADOS: CERCA DE 1000 ML DE SANGUE + COAGULOS. LESÃO DE CERCA DE 2 CM EM SEGMENTO 5 DE LOBO INFERIOR PULMONAR ESQUERDO, COM SANGRAMENTO ATIVO. REALIZAÇÃO DE SUTURA DE LESÃO + RETIRADA DE COAGULOS + LIMPEZA DE CAVIDADE + APOSIÇÃO DE 2 DRENOS TORÁCICOS.

### PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

1. EM CASO DE APARECIMENTO DE DOR TORÁCICA OU OUTROS SINTOMAS PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.
2. MARCAR E RETORNAR AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA DIA 24/02/2020 ÀS 6H
3. SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS (CIRURGIA GERAL E TRAUMATOLOGIA)

### MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF: DR OTACÍLIO ALBUQUERQUE  
MR2: JOAO PAULO SIQUEIRA  
MR1: LUCAS CASÉ FERRAZ

Lucas Casé Ferraz  
CRM-PE 27578

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                    |                          |                          |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| NOME:<br>ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA | PRONTUÁRIO:<br>1710948   | ATENDIMENTO:<br>01543-06 |
| DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1961     | FOI ATENDIDO EM: A:      |                          |
|                                    | DATA DA ALTA: 09/02/2020 | 11:12                    |

#### Diagnóstico Provável:

- 1) PO (03/02/2020) TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA + 2 DTFE.
- 2) PO (31/01/20) DTFE SEC. HEMOTORAX
- 3) FRATURA DE CLAVICULA E 4º ARCO COSTAL ( ALTA DA TRAUMATOLOGIA )

#### Tratamento Realizado:

(03/02/2020): TORACOTOMIA + PNEUMORRAFIA. ACHADOS: CERCA DE 1000 ML DE SANGUE + COAGULOS. LESÃO DE CERCA DE 2 CM EM SEGMENTO 5 DE LOBO INFERIOR PULMONAR ESQUERDO, COM SANGRAMENTO ATIVO. REALIZAÇÃO DE SUTURA DE LESÃO + RETIRADA DE COAGULOS + LIMPEZA DE CAVIDADE + APOSIÇÃO DE 2 DRENOS TORÁCICOS.

#### Observação:

#### Encaminhado para:

1. EM CASO DE APARECIMENTO DE DOR TORÁCICA OU OUTROS SINTOMAS PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.
2. MARCAR E RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR OTACILIO DIA 24/02/2020 AS 6H
3. SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS (CIRURGIA GERAL E TRAUMATOLOGIA)

Lucas Case Ferraz  
CRM: 27678

LUCAS CASE FERRAZ - CRM: Nº.27678

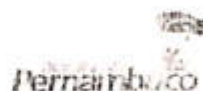
Recife, 09, FEVEREIRO, 2020

#### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

|                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| Paciente: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA | Prontuário: 1710948  |
| Clínica:                            | Atendimento: 1545056 |
|                                     | Leito: 734-L1        |

R// USO ORAL

1. DÍPIRONA 1G-----01 CAIXA  
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE
2. METOCLOPRAMIDA 10 MG-----01 CAIXA  
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 8/8 HORAS SE NAUSEA OU VÔMITO
3. TILATIL 20MG-----1 CX  
TOMAR 01 CP VO 12/12H POR 5 DIAS SE DOR

|                  |                                                                                          |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data: 09/02/2020 | <p>Lucas Casó Ferraz<br/>Médico<br/>CRM-PE 27078</p> <p>Ass. Carimbo/Médico/CREM EPE</p> |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                    |                                      |                          |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| NOME:<br>ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA | PRONTUÁRIO:<br>1710948               | ATENDIMENTO:<br>01545056 |
| DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1961     | FOI ATENDIDO EM: 31/01/2020 Às 18:00 |                          |
|                                    | DATA DA ALTA: 07/02/2020 ÀS 14:44    |                          |

**Diagnóstico Provável:**

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (CID:S.52.0)

**Tratamento Realizado:**

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA + TIPOIA.

**Observação:**

ALTA DA ORTOPEDIA;  
ANALGESIA;  
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS;  
ORIENTAÇÕES GERAIS;

**Encaminhado para:**

RETORNAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO SETOR DE ORTOPEDIA, APOS 15 DIAS, COM DR.THIAGO JUSTO.

FRANCISCO STANLEY DAMAS MACHADO CRM: N° 7472

Dr. Auber Alencar  
Traumatologia-Ortopedia  
CRM-PE 26.793

Recife, 07, FEVEREIRO, 2020

**ATENÇÃO:**

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

Item.

## LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 6

Rack: 1 Tubo: 1 31/01/2020 20:34:55

ID DOENTE: 1710948

Serviço: VERMELHA UT

Nome: ERIDSON OLIVEIRA

DA SILVA

Data Nasc.:

Sexo:

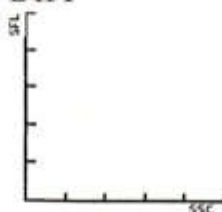
ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

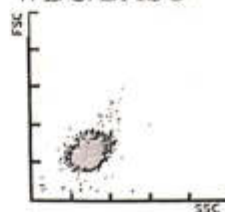
WBC 12.10 [10<sup>3</sup>/uL]  
 RBC 13.1 [10<sup>6</sup>/uL]  
 HGB 38.1 [g/dL]  
 HCT [L]  
 MCV [pg]  
 MCH [g/dL]  
 MCHC [10<sup>3</sup>/uL]  
 PLT [fL]  
 RDW-SD [%]  
 RDW-CV [fL]  
 MPV [10<sup>3</sup>/uL]  
 NEUT [%]  
 LYMPH [%]  
 MONO [%]  
 EO [%]  
 BASO [%]  
 IG [10<sup>3</sup>/uL] [%]

Dr. Valdir R. B. Jr.  
 Patologista  
 CRM 0000000000

## DIFF



## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....%  
 SEGMENTO.....%  
 EOSIN.....%  
 LINF.....%  
 LINF ATIP.....%  
 MONO.....%  
 BASO.....%

## SERIE VERMELHA

NORMOCITICA.....  
 NORMOCROMICA.....  
 MICROCITOS.....  
 MACROCITOS.....  
 ANISOCITOSE.....  
 ERITROBLASTO.....

WBC-BF

[10<sup>3</sup>/uL]

RBC-BF

[10<sup>6</sup>/uL]

MN

[10<sup>3</sup>/uL]

PMN

[10<sup>3</sup>/uL]

TC-BF#

[10<sup>3</sup>/uL]

[%]

[%]

## OBSERVACOES:

META.....%  
 MIELO.....%  
 PROMIELO.....%  
 BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 304

Rack:

Tubo: 0

2020/02/01 09:21:01

ID DOENTE: 1710948

Serviço: VERMELHA UT

Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Data Nasc.:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

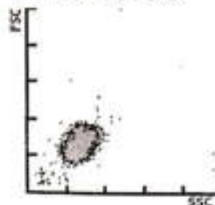
HEMOGRAMA

|        |       |                           |
|--------|-------|---------------------------|
| WBC    | 10.33 | [10 <sup>3</sup> /uL]     |
| RBC    |       | [10 <sup>6</sup> /uL]     |
| HGB    | 12.3  | [g/dL]                    |
| HCT    | 31.5  | [%]                       |
| MCV    |       | [fL]                      |
| MCH    |       | [pg]                      |
| MCHC   |       | [g/dL]                    |
| PLT    |       | [10 <sup>3</sup> /uL]     |
| RDW-SD |       | [fL]                      |
| RDW-CV |       | [%]                       |
| MPV    |       | [fL]                      |
| NEUT   |       | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |
| LYMPH  |       | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |
| MONO   |       | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |
| EO     |       | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |
| BASO   |       | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |

DIFF



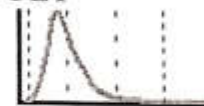
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG [10<sup>3</sup>/uL] [%]

DIFERENCIAL MANUAL

|                |   |
|----------------|---|
| BASTAO.....    | % |
| SEGMENT.....   | % |
| EOSIN.....     | % |
| LINF.....      | % |
| LINF ATIP..... | % |
| MONO.....      | % |
| BASO.....      | % |

SERIE VERMELHA

|                   |
|-------------------|
| NORMOCITICA.....  |
| NORMOCROMICA..... |
| MICROCITOS.....   |
| MACROCITOS.....   |
| ANISOCITOSE.....  |
| ERITROBLASTO..... |

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| WBC-BF | [10 <sup>3</sup> /uL]     |
| RBC-BF | [10 <sup>6</sup> /uL]     |
| MN     | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |
| PMN    | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |
| TC-BF# | [10 <sup>3</sup> /uL]     |

2 do Sistema Resposta Rápida  
Farmacologia - Biologia  
CRF-1847

OBSERVACOES:

|                   |   |
|-------------------|---|
| META.....         | % |
| MIELO.....        | % |
| PROMIELO.....     | % |
| BLASTO.....       | % |
| GRAN TOXICAS..... |   |

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Item.

## LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 41

Rack: 1 Tubo: 1 01/02/2020 01:38:48

ID DOENTE: 1710948

Serviço: VERMELHA UT

Nome: ERIDSON OLIVEIRA

DA SILVA

Data Nasc.:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

WBC 10.41 [10<sup>3</sup>/uL]  
RBC [10<sup>6</sup>/uL]  
HGB 13.0 [g/dL]  
HCT 37.9 [%]  
MCV [fL]  
MCH [pg]  
MCHC [g/dL]  
PLT [10<sup>3</sup>/uL]  
RDW-SD [fL]  
RDW-CV [%]  
MPV [fL]  
NEUT [10<sup>3</sup>/uL]  
LYMPH [10<sup>3</sup>/uL]  
MONO [10<sup>3</sup>/uL]  
EO [10<sup>3</sup>/uL]  
BASO [10<sup>3</sup>/uL]

IG [10<sup>3</sup>/uL] [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....%  
SEGMENT.....%  
EOSIN.....%  
LINF.....%  
LINF ATIP.....%  
MONO.....%  
BASO.....%

META.....%  
MIELO.....%  
PROMIELO.....%  
BLASTO.....%

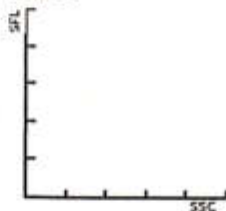
GRAN TOXICAS.....

## SERIE-VERMELHA

NORMOCITICA.....  
NORMOCROMICA.....  
MICROCITOS.....  
MACROCITOS.....  
ANISOCITOSE.....  
ERITROBLASTO.....

## OBSERVACOES:

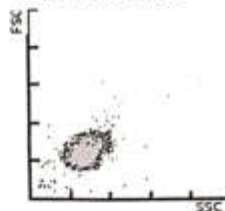
## DIFF



## RBC



## WBC/BASO



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF [10<sup>3</sup>/uL]  
RBC-BF [10<sup>6</sup>/uL]  
MN [10<sup>3</sup>/uL]  
PMN [10<sup>3</sup>/uL]  
TC-BF# [10<sup>3</sup>/uL]

[10<sup>3</sup>/uL]  
[10<sup>6</sup>/uL]  
[%]  
[%]  
[%]

im.

## LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 181  
 ID DOENTE: 1710948  
 Nome: ERIDSON OLIVEIRA

Rack: Tubo: 0  
 Serviço: LARANJA UT  
 DA SILVA

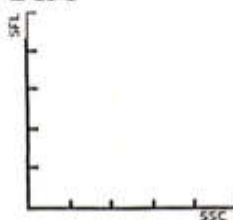
02/02/2020 17:43:17  
 Data Nasc.: Sexo:  
 ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

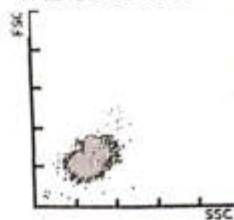
WBC 13.29 [10<sup>3</sup>/uL]  
 RBC [10<sup>6</sup>/uL]  
 HGB 8.2 [g/dL]  
 HCT 25.4 [%]  
 MCV [fL]  
 MCH [pg]  
 MCHC [g/dL]  
 PLT [10<sup>3</sup>/uL]  
 RDW-SD [fL]  
 RDW-CV [%]  
 MPV [fL]  
 NET [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 LYMPH [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 MONO [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 EO [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 BASO [10<sup>3</sup>/uL] [%]

*Minido  
 CRM 3452*

## DIFF



## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG [10<sup>3</sup>/uL] [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

EASTAO.....%  
 SECMEN.....%  
 EOSIN.....%  
 LINF.....%  
 LINF ATIP.....%  
 MONO.....%  
 BASO.....%

## SERIE VERMELHA

NORMOCITICA.....  
 NORMOCROMICA.....  
 MICROCITOS.....  
 MACROCITOS.....  
 ANISOCITOSE.....  
 ERITROBLASTO.....

WBC-BF [10<sup>3</sup>/uL]  
 RBC-BF [10<sup>6</sup>/uL]  
 MN [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 PMN [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 TC-BF# [10<sup>3</sup>/uL]

## OBSERVACOES:

MET A.....%  
 MIE O.....%  
 PROMIELO.....%  
 BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP  
 Anemia

PLT Mensagem IP

sm.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 33

Rack: 1 Tubo: 5 02/02/2020 22:45:04

ID DOENTE: 1510948

Serviço: VERMELHA UT

Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

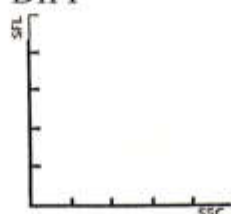
Data Nasc.: Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

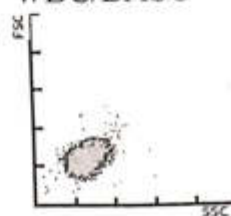
HEMOGRAMA

|        |       |                       |     |
|--------|-------|-----------------------|-----|
| WBC    | 11.84 | [10 <sup>3</sup> /uL] |     |
| RBC    |       | [10 <sup>6</sup> /uL] |     |
| HGB    | 7.9   | [g/dL]                |     |
| HCT    | 23.9  | [%]                   |     |
| MCV    |       | [fL]                  |     |
| MCH    |       | [pg]                  |     |
| MCHC   |       | [g/dL]                |     |
| PLT    |       | [10 <sup>3</sup> /uL] |     |
| RDW-SD |       | [fL]                  |     |
| RDW-CV |       | [%]                   |     |
| MPV    |       | [fL]                  |     |
| NEUT   |       | [10 <sup>3</sup> /uL] | [%] |
| LYMPH  |       | [10 <sup>3</sup> /uL] | [%] |
| MONO   |       | [10 <sup>3</sup> /uL] | [%] |
| EO     |       | [10 <sup>3</sup> /uL] | [%] |
| BASO   |       | [10 <sup>3</sup> /uL] | [%] |

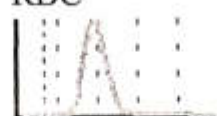
DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG [10<sup>3</sup>/uL] [%]

DIFERENCIAL MANUAL

SERIE VERMELHA

BASTAO.....%  
 SEGMENT.....%  
 EOSIN.....%  
 LINF.....%  
 LINF ATIP.....%  
 MONO.....%  
 BASO.....%

NORMOCITICA.....  
 NORMOCROMICA.....  
 MICROCITOS.....  
 MACROCITOS.....  
 ANISOCITOSE.....  
 ERITROBLASTO.....

WBC-BF [10<sup>3</sup>/uL]  
 RBC-BF [10<sup>6</sup>/uL]  
 MN [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 PMN [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 TC-BF# [10<sup>3</sup>/uL]

OBSERVACOES:

META.....%  
 MIELO.....%  
 PROMIELO.....%  
 BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP  
 Anemia

PLT Mensagem IP

*[Handwritten signature]*  
 [Stamp]

Item.

## LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 44  
 ID DOENTE: 1710948  
 Nome: ERIDSON OLIVEIRA

DA SILVA

Serviço: LARANJA UT

Rack: 1 Tubo: 8 02/02/2020 09:59:54

Data Nasc.:  
 ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

WBC 11.20 [ $10^3/uL$ ]  
 RBC 2.94 [ $10^6/uL$ ]  
 HGB 9.5 [g/dL]  
 HCT 28.6 [%]  
 MCV 97.3 [fL]  
 MCH 32.3 [pg]  
 MCHC 33.2 [g/dL]  
 PLT 142 [ $10^3/uL$ ]  
 RDW-SD 43.6 [fL]  
 RDW-CV 12.9 [%]  
 MPV 9.9 [fL]  
 NEUT 10.17 + [ $10^3/uL$ ]  
 LYMPH 0.48 - [ $10^3/uL$ ]  
 MONO 0.55 [ $10^3/uL$ ]  
 EO 0.00 [ $10^3/uL$ ]  
 BASO 0.00 [ $10^3/uL$ ]

90.3 + [%]  
 0.48 - [%]  
 0.55 [%]  
 0.00 [%]  
 0.00 [%]

IG 0.04 [ $10^3/uL$ ]

0.4 [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO 05 %  
 SEGMENT 85 %  
 EOSIN 0 %  
 LINF 04 %  
 LINF ATIP 0 %  
 MONO 06 %  
 BASO 0 %

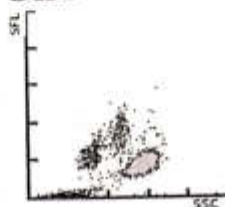
META 77 %  
 MIELO 0 %  
 PROMIELO 0 %  
 BLASTO 0 %  
 GRAN TOXICAS 0 %

## SERIE VERMELHA

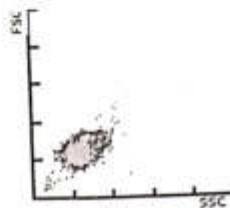
NORMOCITICA X  
 NORMOCROMICA X  
 MICROCITOS  
 MACROCITOS  
 ANISOCITOSE  
 ERITROBLASTO

## OBSERVACOES:

## DIFF



## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF [ $10^3/uL$ ]  
 RBC-BF [ $10^6/uL$ ]  
 MN [ $10^3/uL$ ] [%]  
 PMN [ $10^3/uL$ ] [%]  
 TC-BF# [ $10^3/uL$ ]

WBC Mensagem IP  
 Linfopenia

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

PERB  
 3452

3m.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 144  
ID DOENTE: 1710948  
Nome: ERIDSON OLIVEIRA

Rack: 3  
Serviço: 7 NORTE  
DA SILVA 734-2

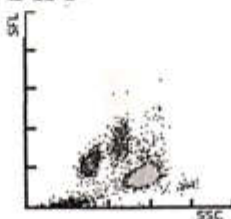
Tubo: 9 05/02/2020 12:54:26  
Data Nasc.:  
Sexo:  
ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

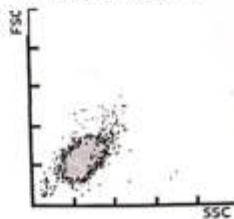
|        |       |                       |            |
|--------|-------|-----------------------|------------|
| WBC    | 10.57 | [10 <sup>3</sup> /uL] |            |
| RBC    | 2.73  | [10 <sup>6</sup> /uL] |            |
| HGB    | 8.5   | [g/dL]                |            |
| HCT    | 25.3  | [%]                   |            |
| MCV    | 92.7  | [fL]                  |            |
| MCH    | 31.1  | [pg]                  |            |
| MCHC   | 33.6  | [g/dL]                |            |
| PLT    | 142   | [10 <sup>3</sup> /uL] |            |
| RDW-SD | 53.2  | [fL]                  |            |
| RDW-CV | 16.5  | [%]                   |            |
| MPV    | 10.4  | [fL]                  |            |
| NEUT   | 8.39  | [10 <sup>3</sup> /uL] | 78.3 + [%] |
| LYMPH  | 1.09  | [10 <sup>3</sup> /uL] | 10.8 - [%] |
| MONO   | 1.00  | [10 <sup>3</sup> /uL] | 9.5 [%]    |
| EO     | 0.07  | [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.7 [%]    |
| BASO   | 0.02  | [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.2 [%]    |
| IG     | 0.13  | [10 <sup>3</sup> /uL] | 1.2 [%]    |

(F)

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

DIFERENCIAL MANUAL

|           |    |   |
|-----------|----|---|
| BASTAO    | 01 | % |
| SEGMENT   | 75 | % |
| EOSIN     | 01 | % |
| LINF      | 10 | % |
| LINF ATIP | -  | % |
| MONO      | 04 | % |
| BASO      |    | % |

SERIE VERMELHA

|              |   |
|--------------|---|
| NORMOCITICA  | + |
| NORMOCROMICA | + |
| MICROCITOS   |   |
| MACROCITOS   |   |
| ANISOCITOSE  |   |
| ERITROBLASTO |   |

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| WBC-BF | [10 <sup>3</sup> /uL]     |
| RBC-BF | [10 <sup>6</sup> /uL]     |
| MN     | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |
| PMN    | [10 <sup>3</sup> /uL] [%] |
| TC-BF# | [10 <sup>3</sup> /uL]     |

OBSERVACOES:

leuc comervada

|          |   |
|----------|---|
| META     | % |
| MIELO    | % |
| PROMIELO | % |
| 3TO      | % |

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP  
Proteção JGI

RBC/RET Mensagem IP  
Anemia

PLT Mensagem IP

Dr. da Socorro Patrícia Ferreira  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF - 1847

# rio Resultados Amostra

02/05/2020 15:37:01

Number 15071996

Test Model  
TAL DA RESTAURACAO ACL TOP 300 CTS

|          |             |               |                  |            |    |
|----------|-------------|---------------|------------------|------------|----|
| Amostra: | 1710948-144 | Primeiro nome | ERIDSON OLIVEIRA | ID Rack:   | 58 |
| Amostra  | Paciente    | Apelido       | 734-2 7 NORTE    | ID Posição | 6  |

| Id Teste | Resultados                 | Tipo | Rerun | Rerun<br>necessario | Flag | Completo Data & Hora | Validado |
|----------|----------------------------|------|-------|---------------------|------|----------------------|----------|
| -RP      | 12.3 s<br>87 %<br>1.09 INR |      |       |                     |      | 02/05/2020 15:32:09  | Validado |
| TT-SP    | 28.0 s<br>1.06 Ratio       |      |       |                     |      | 02/05/2020 15:37:01  | Validado |

Isabella Q. Espinoza  
Biomédica  
CRBM 152

m.

## LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 159  
ID DOENTE: 1710948  
Nome: ERIDSON OLIVEIRA

Rack: 1  
Serviço: 7 NORTE  
DA SILVA 734-1

Tubo: 1  
07/02/2020 16:41:01  
Data Nasc.:  
Sexo:  
ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

WBC 8.30 [10<sup>3</sup>/uL]  
RBC 2.87 [10<sup>6</sup>/uL]  
HGB 9.0 [g/dL]  
HCT 27.2 [%]  
MCV 94.8 [fL]  
MCH 31.4 [pg]  
MCHC 33.1 [g/dL]  
PLT 253 [10<sup>3</sup>/uL]  
RDW-SD 53.5 [fL]  
RDW-CV 16.5 + [%]  
MPV 9.8 [fL]  
NEUT 5.42 \* [10<sup>3</sup>/uL] 65.3 \* [%]  
LYMPH 1.63 \* [10<sup>3</sup>/uL] 19.6 \* [%]  
MONO 1.05 \* [10<sup>3</sup>/uL] 12.7 \* [%]  
EO 0.15 \* [10<sup>3</sup>/uL] 1.8 \* [%]  
BASO 0.05 [10<sup>3</sup>/uL] 0.6 [%]  
IG 0.34 [10<sup>3</sup>/uL] 4.1 [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....%  
SEGMENT.....%  
EOSIN.....%  
LINF.....%  
LINF ATIP.....%  
MONO.....%  
BASO.....%

META.....%  
MIELO.....%  
PROMIELO.....%  
B<sup>1</sup> STO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP  
Monocitose  
Presença IG

Blastos?  
Neutrófilos Banda?

## SERIE VERMELHA

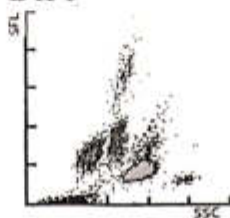
NORMOCITICA.....  
NORMOCROMICA.....  
MICROCITOS.....  
MACROCITOS.....  
ANISOCITOSE.....  
ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES: \_\_\_\_\_

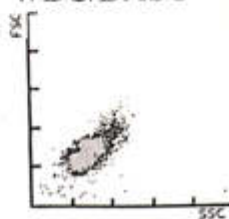
RBC/RET Mensagem IP  
Anemia

PLT Mensagem IP

## DIFF



## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF [10<sup>3</sup>/uL]  
RBC-BF [10<sup>6</sup>/uL]  
MN [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
PMN [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
TC-BF# [10<sup>3</sup>/uL]

Dra. Cláudia Monteiro  
Farmácia Bioquímica  
CRF-PE - 0951

# Resultados Amostra

02/07/2020 18:04:27

15071996

Model  
DA RESTAURACAO

ACL TOP 300 CTS

|          |             |               |                  |            |    |
|----------|-------------|---------------|------------------|------------|----|
| Amostra: | 1710948-159 | Primeiro nome | ERIDSON OLIVEIRA | ID Rack:   | 52 |
| Amostra  | Paciente    | Apellido      | 734-1            | ID Posição | 2  |

| 3d Teste | Resultados | Tipo | Rerun | Rerun<br>necessario | Flag | Completo Data & Hora | Validado |
|----------|------------|------|-------|---------------------|------|----------------------|----------|
| WRP      | 12.4 s     |      |       |                     |      | 02/07/2020 17:59:44  | Validado |
|          | 86 %       |      |       |                     |      |                      |          |
|          | 1.10 INR   |      |       |                     |      |                      |          |
| TT-SP    | 19.8 s     |      |       |                     |      | 02/07/2020 18:04:27  | Validado |
|          | 0.75 Ratio |      |       |                     |      |                      |          |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1107491340

NOME  
ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
1897397 SSP PE

CPF DATA NASCIMENTO  
233.287.704-53 22/05/1961

FILIAÇÃO  
EUFRÁSIO BARRETO DA  
SILVA  
SALVINA DE OLIVEIRA  
DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
B

Nº REGISTRO  
02152175495

VALIDADE  
15/10/2020

1ª HABILITAÇÃO  
24/02/1989

OBSERVAÇÕES

A  
Exerce Ativ Remunerada

*Eridson O. da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

THOMAS ORIO & SONS

PROIBIDO PLASTIFICAR

1107491340

LOCAL  
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO  
16/10/2015

*[Signature]*

ASSINATURA DO EMISSOR

85852140855  
PE069137455

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014959534857  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM ENTR EXERCÍCIO  
1 1073995370 \*\*\*\*\* 2019

ROGERIO ANTONIO DE OLIVEIRA

RECIFE-PE

CPF/CNPJ  
156.627.004-63

PLACA  
PGW9602

PLACA ANT/UF  
\*\*\*\*\*

CHASSI  
9BD19713MG3279669

ESPECIE TIPO  
PAS AUTOMOVEI

COMBUSTIVEL  
GAS/ALC/GNV

MARCA/MODELO  
FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4

ANO FAB ANO MOD  
2015 2016

CAP/PT/CL  
5E/83CV/1400CL

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA  
IPVA 2019 QUITADO

VENC/COTAS  
1ª \*\*\*\*\*

FAXA IPVA  
1

PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*\*\*

2ª \*\*\*\*\*  
3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
12.60

ICF (R\$)  
0.06

PRÊMIO TOTAL (R\$)  
16.21

DATA DE PAGAMENTO  
08/02/19

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. BRADESCO ADM DE CONSORCIO

RECIFE-PE

DATA  
18/11/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014959534857 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROGERIO ANTONIO DE OLIVEIRA

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

RECIFE-PE

EXERCÍCIO  
2019

DATA EMISSÃO  
18/11/19

VIA  
1

CPF/CNPJ  
156.627.004-63

PLACA  
PGW9602

RENAVAM  
1073995370

MARCA/MODELO  
FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4

ANO FAB  
2015

CAT TARE  
01

Nº CHASSI  
9BD19713MG3279669

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)  
5.40

DENATRAN (R\$)  
0.60

CUSTO DO SEGURO (R\$)  
6.00

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
4.15

ICF (R\$)  
0.06

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
16.21

☐ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO  
08/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-03

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELA NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

JUL-2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200274483 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 31/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA ( PAG.01.04)  
FRATURA DO 4º ARCO COSTAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO ( TORACOTOMIA )AOS DEMAIS CONSERVADOR (PAG.04.07)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 6,25%     | R\$ 843,75               |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 6,25 %    | R\$ 843,75               |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215518/20

**Vítima:** ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

**CPF:** 233.287.704-53

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 31/01/2020

**Titular do CPF:** ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA : 233.287.704-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/08/2020  
Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 233.287.704-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Marta Marinho dos Santos

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215518/20

**Vítima:** ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

**CPF:** 233.287.704-53

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 31/01/2020

**Titular do CPF:** ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA : 233.287.704-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/08/2020  
Nome: ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 233.287.704-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ERIDSON OLIVEIRA DA SILVA

Marta Marinho dos Santos