
Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642283

Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 28/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAMUEL ARAUJO SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681729

Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 28/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAMUEL ARAUJO SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681729

Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 28/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SAMUEL ARAUJO SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681729

Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 28/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAMUEL ARAUJO SANTOS

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **SAMUEL ARAUJO SANTOS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000775**

Conta: **0000015613-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.844.204-37 4 - Nome completo da vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

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

5 - Nome completo: SAMUEL ARAUJO SANTOS 6 - CPF: 057.844.204-37
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: 2 TV JAO FRANCISCO GALINDO 9 - Número: 119 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ALAGOINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55260-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87 9.9988-5158

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 CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
AGÊNCIA: 0775 CONTA: 15613 9 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascituro(a)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

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:

39 - 2ª Nome:

CPF:

COMPREV

Assinatura da testemunha

18 NOV 2019

Assinatura da testemunha

PROTÓCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ALAGOINHA-PE, 13-11-2019

Samuel Araújo Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.844.204-37 4 - Nome completo da vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

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

5 - Nome completo: SAMUEL ARAUJO SANTOS 6 - CPF: 057.844.204-37
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: 2 TV JAO FRANCISCO GALINDO 9 - Número: 119 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ALAGOINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55260-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87 9.9988-5158

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 CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 15613 9

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias 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 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 (no 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascituro(a)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

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:

39 - 2ª | Nome: CPF:

COMPREV
Assinatura da testemunha
18 NOV 2019
PROTÓCOLO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ALAGOINHA-PE, 13-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -
DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0203000315

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/09/2019 às 17:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 28/8/2019 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO BARRA DA ONÇA - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SINISTRO (AUTOR / AGENTE)
ALEXANDRE DE CARVALHO (OUTRO)
SAMUEL ARAÚJO SANTOS (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRE DE CARVALHO



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

SAMUEL ARAÚJO SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DE BRITO ARAÚJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/8/1988 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7136888/SDS/PE (RG), 98784428437 (CPF), 98874821327 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: AVENIDA FREI JERONIMO, 226 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

SINISTRO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALEXANDRE DE CARVALHO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

25/09/2019 16:58

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **ALEXANDRE DE CARVALHO**,
que estava em posse do(s) Sr(s): **ALEXANDRE DE CARVALHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU8434** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **948322088** Chassi:

902K01670BR800078

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA RELATA QUE TRANSITAVA EM UMA ESTRADA RURAL, QUANDO, UM CÃO
ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA E ELE ACABOU ATROPELANDO O
ANIMAL, NO ACIDENTE A VÍTIMA ACABOU CAINDO E TEVE FRATURA NO PUNHO
ESQUERDO.**

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

SAMUEL ARAÚJO SANTOS *Samuel Araújo Santos*
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CAROLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4 -**
Matrícula: **221755-4**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -
DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0203000315

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/09/2019 às 17:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 28/8/2019 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO BARRA DA ONÇA - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ALAGOINHA, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SINISTRO (AUTOR / AGENTE)
ALEXANDRE DE CARVALHO (OUTRO)
SAMUEL ARAÚJO SANTOS (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRE DE CARVALHO



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

SAMUEL ARAÚJO SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DE BRITO ARAÚJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/8/1988 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7136888/SDS/PE (RG), 98784428437 (CPF), 98874821327 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: AVENIDA FREI JERONIMO, 220 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

SINISTRO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALEXANDRE DE CARVALHO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

25/09/2019 16:58

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **ALEXANDRE DE CARVALHO**,
que estava em posse do(s) Sr(s): **ALEXANDRE DE CARVALHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU8434** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **948322088** Chassi:

902K01670BR800078

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA RELATA QUE TRANSITAVA EM UMA ESTRADA RURAL, QUANDO, UM CÃO
ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA E ELE ACABOU ATROPELANDO O
ANIMAL, NO ACIDENTE A VÍTIMA ACABOU CAINDO E TEVE FRATURA NO PUNHO
ESQUERDO.**

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

SAMUEL ARAÚJO SANTOS *Samuel Araújo Santos*
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CAROLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4 -**
Matrícula: **221755-4**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.844.204-37 4 - Nome completo da vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

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

5 - Nome completo: SAMUEL ARAUJO SANTOS 6 - CPF: 057.844.204-37
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: 2 TV JAO FRANCISCO GALINDO 9 - Número: 119 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ALAGOINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55260-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87 9.9988-5158

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 CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 15613 9

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias 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 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 (no 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascituro(a)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

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:

39 - 2ª | Nome: CPF:

COMPREV
Assinatura da testemunha
18 NOV 2019
PROTÓCOLO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ALAGOINHA-PE, 13-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.844.204-37 4 - Nome completo da vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

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

5 - Nome completo: SAMUEL ARAUJO SANTOS 6 - CPF: 057.844.204-37
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: 2 TV JAO FRANCISCO GALINDO 9 - Número: 119 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ALAGOINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55260-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87 9.9988-5158

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 CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 15613 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias 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 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 (no 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascidos? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

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:

39 - 2ª | Nome: CPF:

COMPREV
Assinatura da testemunha
18 NOV 2019
PROTÓCOLO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ALAGOINHA-PE, 13-11-2019

Samuel Araújo Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

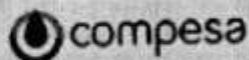
CLIENTE: SAMUEL ARAUJO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 000000015613-9

Nr. da Autenticação 51A9B04F66A312D6



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. JERONIMO - N.º 1491 - S/N - CENTRO ALACOTINHA
PE 55200-000

DADOS DO CLIENTE

SAMUEL ARAUJO SANTOS

2TV JOAO FRANCISCO GATILHO, N.º 00119 - CENTRO ALACOTINHA PE 552

00-000

INSCRIÇÃO: 006.828.122.0630.300 C.º 03 DEB. AUTOMÁTICO: 105933938

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA
HIIDRÔMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (V/L) N MEDIDO	

AGUA:

LEIT. ANT. CONSUMO: 10

LEIT. ATU:

LEIT. FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 10

PARAMETROS	MÉDIA 3 MÊSES		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS
TURBIDEZ	13	13	13
COR APARENTE	13	13	13
CLORO RESIDUAL	13	13	13
COLIF. TOTAIS	13	13	13
E. COL.	13	13	13

MÉDIA: 10

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADES CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	41,30
LIGACÃO DE ÁGUA 06/2019		28,41
MULTA P. IMPONTUALIDADE 06/2019		1,39

DESCRIÇÃO	BASE DE C.º 11	DEB. AUTOMÁTICO	VALOR DO IMPOSTO
FE TOTAL	41,30	1,65	0,64
	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 05/08/2019

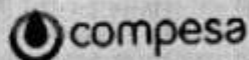
TOTAL A PAGAR: 71,12

MENSAGEM:

PROTÓCOLO
AGÊNCIA SECUR

18 NOV 2019

COMPRESA
PREVIDÊNCIA S/A



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. JERONIMO - 149L - S/N - CENTRO ALACOTINA
PE 55260-000

DADOS DO CLIENTE

SAMUEL ARAUJO SANTOS

2TV JOAO FRANCISCO GATILHO, N. 00119 - CENTRO ALACOTINA PE 552

00-000

INSCRIÇÃO: 006.828.122.0630.300 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 105933938

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA
HIIDRÔMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (V/L) N MEDIDO	

AGUA:

LEIT. ANT. CONSUMO: 10

LEIT. ATU:

LEIT. FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 10

PARAMETROS	MÉDIA 3 MÊSES		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS
TURBIDEZ	13	13	13
COR APARENTE	13	13	13
CLORO RESIDUAL	13	13	13
COLIF. TOTAIS	13	13	13
E/102	13	13	13

MÉDIA: 10

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADES CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	41,30
LIGACÃO DE ÁGUA 06/2019		28,41
MULTA P. IMPONTUALIDADE 06/2019		1,39

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
FE	41,30	1,65	0,68
TOTAM	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 05/08/2019

TOTAL A PAGAR: 71,12

MENSAGEM:

PROTOCOLADO
18 NOV 2019

COMPRESA
18 NOV 2019
COMPRESA
18 NOV 2019

DR LIDIO PARAIBA
DE OUIROZ, Prado, Pesqueira - PE
1-000, Fone: (87) 3835-8725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
29/08/2019 17:25		URGÊNCIA GERAL

Atendimento prestado pelo paciente ou acompanhante:
NOME: AMUEL ARAUJO SANTOS Idade: 29 Sexo: Masculino Cor: Sem informação
Nº: 02735401281 Nascimento: 26/09/1989 Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado(a) Profissão: Filiação Mãe: MARIA DASGRACAS DE BRITO ARAUJO SANTOS
CPF: 057.644.204-37 Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS

Endereço: AV FREI GERONIMO 220 Complemento:
Cidade: ALAGOINHA UF: PE Telefone:
Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Classificação de Risco: Enfermeiro: Corem:
08/2019 Hora do Atendimento: 17:25

Relato: Pkt relata queda de moto no dia anterior, sofreu
em punho E.

15 - DM - alergia

do Trauma:	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Consciência: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:
Sim ☐ Não ☐	Por que:	
es de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐		

Visão: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Respiratório: FC: x SPO2
PA: x mm Hg Pulso:

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐
Abertura Ocular: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Hora: Escala: Hora: Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow Resposta Motora: Escala: Hora:

18 NOV 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO
Paciente: AMUEL ARAUJO SANTOS
Nº: 02735401281
CPF: 057.644.204-37
Endereço: AV FREI GERONIMO 220 ALAGOINHA PE
Telefone: (87) 3835-8725

Indicamento Médico:

Exame físico geral de rotina.

Data: 17:25

1. Exame físico geral de rotina.

Data: 29/08/2019 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Doença por trauma

Exames Solicitados:

Rastros X de tórax

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento:

Exame/Procedimentos

Exame físico geral de rotina.

Assinatura Médico + Carimbo

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

Exame Principal:

Exame físico geral de rotina.

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Exame físico geral de rotina.

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

CRM:

Data: / /

Hora:

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.

Exame físico geral de rotina.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação: Pesqueira - PE		Geres	
	Unidade Sentinela: HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA	CNES: 2635578	Vítima N°	
	Data do atendimento: 29/08/2019 às 2000-01-01 17:25:00 -0200		Número de Registro/Prontuário: 000063327	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome: SAMUEL ARAUJO SANTOS			
	Sexo: ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento: 26/09/1989 ☐ 9 Ignorado	
	Idade: 29 ☐ 9 Ignorado		Ocupação: ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência: Alagoinha - PE		Código IBGE: 260060	
	Raça/cor: ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☒ 4 Parda ☐ 5 indígena ☐ 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência: ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente: ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima: ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Modo de locomoção da vítima no momento do acidente: ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coleteiro ☐ 6 veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 9 Outro	
	Tipo de acidente: ☐ 1 Colisão/abaloamento ☐ 6 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro		Outra parte envolvida no acidente: ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coleteiro ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 8 Ignorado ☐ 9 Não se aplica ☐ 8 Outro	
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorada		Uso de bebida alcoólica pelo condutor: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Avanço de sinal: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	
	Sono do condutor: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Condutor tem habilitação: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente			
	Modo de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela: ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate Bombeiros ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado			
	Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela: ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da Vítima: ☐ 1 Sim - Para onde? _____ ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

ALDR LIDIO PARAIBA
DE QUEIROZ, strada, Pesqueira - PE
1-000, Fone: (87) 3835-8725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
29/08/2019 17:25		URGÊNCIA GERAL

Atendimento prestado pelo paciente ou acompanhante:

AMUEL ARAUJO SANTOS

22735401281

Casado(a)

CPF

057.844.204-37

AV FREI GERONIMO

Cidade: ALAGOINHA

Idade: 29

Sexo: Masculino

Cor: Sem informação

Nascimento: 26/09/1969

Naturalidade: ALAGOINHA

Nacionalidade: Brasileiro

Profissão:

Filiação Mãe: MARIA DASGRACAS DE BRITO ARAUJO SANTOS

Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS

Complemento:

220

UF: PE

Telefone:

Acidente de trabalho:

Sim ☐

Não ☐

Anter:

la:

nto Classificação de Risco:

Enfermeiro:

08/2019 Hora do Atendimento: 17:25

Prat relata queda de moto no dia anterior, referi
dor em punho E.

COMPREV
COMPANHIA DE PREVENÇÃO S/A
06 DEZ 2019

150 KM/h atingido

do Trauma:

Consciência: Sim ☐ Não ☐

de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

mento: Sim ☐ Não ☐

Ferimento: Sim ☐ Não ☐

lura: Sim ☐ Não ☐

es de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

físico: Sim ☐ Não ☐

tratório: FC: x SPO2

ilatório: PA: x mm Hg Pulso:

ne Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Abertura Ocular: Hora: Glasgow Resposta Verbal: Hora: Escor:

lômen:

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Local do Impacto: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Tipo: Transporte realizado por: Por que:

Por: Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

PROTOKOLO
ACIDENTE DE TRABALHO: Sim ☐ Não ☐

Motorista ☐ Passageiro ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Transporte realizado por: Por que:

Por: Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

COMPREV
COMPANHIA DE PREVENÇÃO S/A
18 NOV 2019

PROTOKOLO
ACIDENTE DE TRABALHO: Sim ☐ Não ☐

Motorista ☐ Passageiro ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Transporte realizado por: Por que:

Por: Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Indicamento Médico:

hora: 17:25

data: 29/08/2019 Médico:

Próximo Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Exame/Procedimentos

Doença Principal:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Tratamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Indicação para:

Admissão na Clínica:

Indicação para Alta / Internamento / Transferência:

CRM:

Obrigações de Responsabilidade para Internamento

O paciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos médicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome Completo Legível:

Identidade: Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Nome Completo Legível:

Identidade: Assinatura:

CRM:

Cód. Procedimento:

Assinatura Médico + Carimbo

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Data: / /

Hora:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação de Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação: Pasqueira - PE		Gênero		
	Unidade Sentinela: HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA	CNES: 2635878	Vítima Nº		
	Data do atendimento: 29/08/2019 às 2000-01-01 17:25:00 -0200		Número de Registro/Promulção: 000063327		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome: SAMUEL ARAUJO SANTOS				
	Sexo: ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento: 26/09/1989 ☐ 9 Ignorado		
	Idade: 29 ☐ 9 Ignorado		Ocupação: ☐ 9 Ignorado		
	Município de residência: Alagoinhas - PE		Código IBGE: 260060		
	Raça/cor: ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☒ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☐ 9 Ignorada				
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente				
	Zona de ocorrência: ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada				
	Endereço do acidente				
	Data do acidente		Hora do acidente		
	Dia da semana do acidente: ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG. ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima: ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado		
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente: ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coleteiro ☐ 6 Veículo Puxado ☐ 9 Ignorado ☐ 9 Outro _____		
	Tipo de acidente: ☐ 1 Colisão/batida/peçonha ☐ 8 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/espantamento ☐ 9 Outro _____		Outra parte envolvida no acidente: ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coleteiro ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 8 Ignorado ☐ 9 Não se aplica ☐ 9 Outro _____		
	Fatores relacionados ao acidente				
	Excesso de velocidade: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Uso de cinto de segurança pela vítima: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	Avanço de sinal: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Uso de capacete pela vítima: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Uso de bebida alcoólica pelo condutor: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Sono do condutor: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Condutor tem habilitação: ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 98 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente				
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela: ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Veículo policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate Bombeiros ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado				
	Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela: ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da Vítima: ☐ 1 Sim - Para onde? _____ ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
	NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
		Observações			

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

28/10/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

28/10/14

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Samuel Araújo Santo

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura Radio distal (E)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Tratamento cirúrgico Radio distal E
Alto 01/11/14

ALTA MÉDICA:

☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DÉFICITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1° Membro superior direito - Rádio distal
2° com perda de movimento de rotação
3° interna e externa - perda de
4° movimento com atrofia muscular
5° 75% grave

PENSO QUE ASSESTE E/OU AVALIE A VÍTIMA NO PERÍODO DE 15 DIAS
E QUE AS RESPOSTAS SEJAM SINCERAS E VERDADEIRAS.

Assinatura: Assinatura 5/12/14
Assinatura: Assinatura

Assinatura e Carimbo

GOVERNAMENTO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

SAMUEL ARAUJO SANTOS

CPF: 057.844.204-29 DATA NASCIMENTO: **28/09/1999**

RAIZENHO JOSE DOS SANTOS
MÃE: **MARIA DAS GRACIAS DE SA**
FILHO DE: **ITO ARAUJO SANTOS**

04876521927 **07/03/2023** **09/04/2013**

Samuel Araújo Santos

PERNAMBUCO

COMPREENDI
COMPREENDI
18 NOV 2019
PROTOCOLO
AGENCIA RECEB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436776/19

Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

CPF: 057.844.204-37

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SAMUEL ARAUJO SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SAMUEL ARAUJO SANTOS : 057.844.204-37

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 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: 06/12/2019
Nome: SAMUEL ARAUJO SANTOS
CPF: 057.844.204-37

SAMUEL ARAUJO SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403223/19

Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

CPF: 057.844.204-37

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SAMUEL ARAUJO SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SAMUEL ARAUJO SANTOS : 057.844.204-37

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 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: 18/11/2019
Nome: SAMUEL ARAUJO SANTOS
CPF: 057.844.204-37

SAMUEL ARAUJO SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681729 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS **Data do acidente:** 28/08/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA LEVE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DOR LOCAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO POR 45 DIAS
FEZ FISIOTERAPIA
SEM COMPLICAÇÕES
DATA DA ALTA: 05/12/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PUNHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190681729
Nome do(a) Examinado(a): Samuel Araujo Santos
Endereço do(a) Examinado(a): 2 Tv Joao Francisco Galindo, 119 Casa
Centro Alagoinha PE CEP: 55260-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7136998
Data local do acidente: [28/08/2019]
Data local do exame: [23/12/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CONSERVADOR COM GESSO POR 45 DIAS
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 05/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTE LEVE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DOR LOCAL.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
RIGIDEZ DE PUNHO ESQUERDO
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 o 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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 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 à valoração do dano corporal.
realizou 40 sessões de fisioterapia.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Cleudo Miranda Filho
CPF - 049.408.564-96
CRM/PE - 19091

Dr. Cleudo Miranda
Médico
CRM-PE 19091