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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705006 **Vítima: JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA**

Data do Acidente: 11/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

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

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705006

Vítima: JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

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

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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705006 **Vítima: JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA**

Data do Acidente: 11/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

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: **ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO**
Valor: **R$ 337,50**
Banco: **104**
Agência: **000002170**
Conta: **0000013307-0**
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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	124.747.674-66	JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
JOÃO MÁRCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA	124.747.674-66

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
NENHUM	RUA DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA	43	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	CACHOEIRINHA	PE	55380-000

15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):
NENHUM	(81) 99304-6799

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: ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
065.985.894-01	NENHUM

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 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. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3170 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 13307 - 0 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: _____ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 (não nascido)? ☐ 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.

MÃO ALFABETIZADO

34 _____

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CACHOEIRINHA (PE), 16/12/19.

Arcelina Amanda Vieira de Melo
41 - Assinatura da vítima (beneficiário/representante legal)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	124.747.674-66	JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
JOÃO MÁRCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA	124.747.674-66

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
NENHUM	RUA DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA	43	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	CACHOEIRINHA	PE	55380-000

15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):
NENHUM	(81) 99304-6799

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: ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
065.985.894-01	NENHUM

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 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. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3170 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 13307 - 0 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: _____ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 (não nascido)? ☐ 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.

MÃO ALFABETIZADO

34 _____

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CACHOEIRINHA (PE), 16/12/19.

Arcelina Amanda Vieira de Melo
41 - Assinatura da vítima (beneficiário/representante legal)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 3190705006
Nome do(a) Examinado(a): Joao Marcio Vieira de Melo Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Delmiro Chalegre de Oliveira, 93
Centro Cachoeirinha PE CEP: 55380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9868041
Data local do acidente: [11/01/2019]
Data local do exame: [30/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DESVIADA EXTRA ARTICULAR DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO (PUNHO)

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

Tratamento: TRATAMENTO COM REDUÇÃO INCRUENTA SOB SEDAÇAO E IMOBILIZAÇAO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: CONSOLIDAÇAO VICIOSA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇAO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS), FUNÇAO DA MAO PRESERVADA.

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:

DEFCIT FUNCIONAL RESIDUAL AO 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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar 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.

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

DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0199000596

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/12/2019** às **18:14**

Complementa o BO Número: **19E0199000399**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 11/1/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RUA MAJOR TOMAZ, 1** - Bairro: **CENTRO**
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ERIVANE ALMEIDA (NOTICIANTE)
MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (OUTRO)
JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ERIVANE ALMEIDA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE ERIVANE ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAISA MARIA DE ALMEIDA** Pai: **JOAQUIM AUGUSTO ALMEIDA** Data de Nascimento: **22/12/1988** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ARGELINA AMANDA VIEIRA DE MELO** Pai: **MARCIO DE ALMEIDA SILVA** Data de Nascimento: **14/11/2004** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA DELMIRO GHALERGRE DE OLIVEIRA, 03 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO SAO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO 1[(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ERIVANE ALMEIDA** Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não** Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG6377** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC2200HR004594** Circunstância: Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLICIA,O SR.JOSE ERIVANE,NOTICIANDO,DE QUE DEU UMA CARONA A JOAO MARCIO,DEVIDO CONHECER A SUA FAMILIA,E NO LOCAL CITADO NESTE B.O,SURGIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE E COLIDIU DE LEVE LATERALMENTE FOI QUANDO A VITIMA FOI A SOLO E O NOTICIANTE TEVE ESCORIACOE LEVES E O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL EM CIMA DA MESMA MOTOCICLETA E O SR.ERIVANE SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL PARA O HOSPITAL LOCAL E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O DOM MOURA EM GARANHUNS,ESTE B.O FOI COMPLEMENTADO DEVIDO A DATA ONDE LEIA SE 12-01 LEIA-SE 11-01-2019,O MESMO TEVE UMA FRATURA NO BRACO ESQUERDO.NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCRRENCIA.

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

Jose Erivane Almeida

JOSE ERIVANE ALMEIDA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matricula: **159765-5**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0199000399

SDS/Polícia Civil - PE
15ª USPC
109 Circunscrição
Cachoeirinha

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/[redacted]/2019 às 09:10**

Complementa o BO Número: **19E0199000393**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 12/1/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RUA MAJOR TOMAZ, 1** - Bairro: **CENTRO** - **CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ERIVANE ALMEIDA (NOTICIANTE)
MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (OUTRO)
J.M.V.D.M. (Menor de idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ERIVANE ALMEIDA

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

JOSE ERIVANE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MAISA MARIA DE ALMEIDA** Pai: **JOAQUIM AUGUSTO ALMEIDA** Data de Nascimento: **22/12/1968** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

J.M.V.D.M. (Menor de idade) (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO** Pai: **MARCIO DE ALMEIDA SILVA** Data de Nascimento: **14/11/2004** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **RUA DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, 03 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO SAO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (não presente no plantão) - Sexo:

Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO 1[(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ERIVANE ALMEIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDQ6277** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC2200HR054554**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

SDS Polícia Civil - PE
15ª USPC
109 Circunscrição
Cachoeirinha

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLICIA,O SR.JOSE ERIVANE,NOTICIANDO,DE QUE DEU UMA CARONA A JOAO MARCIO,DEVIDO CONHECER A SUA FAMILIA,E NO LOCAL CITADO NESTE B.O,SURGIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE E COLIDIU DE LEVE LATERALMENTE FOI QUANDO A VITIMA FOI A SOLO E O NOTICIANTE TEVE ESCORIACOE LEVES E O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL EM CIMA DA MESMA MOTOCICLETA E O SR.ERIVANE SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL PARA O HOSPITAL LOCAL E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O DOM MOURA EM GARANHUNS,O MESMO TEVE UMA FRATURA NO BRACO ESQUERDO.NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

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

Jose Erivane Almeida

JOSE ERIVANE ALMEIDA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matricula: **159765-5**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0199000393

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2019** às **15:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **12/8/2019** no período de **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MAJOR TOMAZ, 1** - Bairro: **CENTRO**
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

SDS/Polícia Civil - PE
15ª USPC
109 Circunscrição
Cachoeirinha

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ERIVANE ALMEIDA (NOTICIANTE)
MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (OUTRO)
J.M.V.D.M. (Menor de idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ERIVANE ALMEIDA

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

JOSE ERIVANE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MAISA MARIA DE ALMEIDA** Pai: **JOAQUIM AUGUSTO ALMEIDA** Data de Nascimento: **22/12/1988** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

J.M.V.D.M. (Menor de idade) (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ARGELINA AMANDA VIEIRA DE MELO** Pai: **MARCIO DE ALMEIDA SILVA** Data de Nascimento: **14/11/2004** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **RUA DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, 93 - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO SAO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (não presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO 1[(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ERIVANE ALMEIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG6377** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC2206HR864554**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLICIA,O SR.JOSE ERIVANE,NOTICIANDO,DE QUE DEU UMA CARONA A JOAO MARCIO,DEVIDO CONHECER A SUA FAMILIA,E NO LOCAL CITADO NESTE B.O,SURGIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE E COLIDIU DE LEVE LATERALMENTE FOI QUANDO A VITIMA FOI A SOLO E O NOTICIANTE TEVE ESCORIACOE LEVES E O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL EM CIMA DA MESMA MOTOCICLETA E O SR.ERIVANE SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL PARA O HOSPITAL LOCAL E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O DOM MOURA EM GARANHUNS,O MESMO TEVE UMA FRATURA NO BRACO ESQUERDO.NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCRRENCIA.

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

x Jose Erivane Almeida
JOSE ERIVANE ALMEIDA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159768-6**

SDS/Polícia Civil - PE
15ª DSPC
109 Circunscrição
Cachoeirinha

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	124.747.674-66	JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
JOÃO MÁRCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA	124.747.674-66

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
NENHUM	RUA DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA	43	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	CACHOEIRINHA	PE	55380-000

15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):
NENHUM	(81) 99304-6799

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: ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
065.985.894-01	NENHUM

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 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. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3170 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 13307 - 0 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: _____ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 (não nascido)? ☐ 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.

MÃO ALFABETIZADO

34 _____

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CACHOEIRINHA (PE), 16/12/19.

Arcelina Amanda Vieira de Melo
41 - Assinatura da vítima (beneficiário/representante legal)

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: ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02170

CONTA: 000000013307-0

Nr. da Autenticação D7E2422EC2F328F7

compesa

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

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NUM. 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE — MATRICULA: 1048.5360 Out/2019

ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO
R DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, N 00091 - CENTRO CACHOEIRINHA
PE 55380-000
INSCRICAO: 031 830 840 0049 220 GRUPO:B DEB.AUTOMATICO: 1048.5360

SITUACAO AGUA	SITUACAO ESGOTO	REFERENCIAL	COBRANCA ESPECIAL	PUBLICO
LIGADO	POTENCIAL	1		

HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (M3)
A13006750	28/09/2019	29/10/2019	REAL

AGUA:
LEIT ANT: 903 CONSUMO: 18
LEIT ATU: 921
LEIT FAT: 921

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO
09/2019	24
08/2019	10
07/2019	10
06/2019	17
05/2019	07
04/2019	13
MEDIA:	13

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS: EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS.
TURBIDEZ	38	38	38
COR APARENTE	38	38	34
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	38
[illegible]	38	38	38

Qualidade de Agua www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICOES SANITARIAS DA AGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R$ 5,05 POR M3	8 M3	40,40
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		2,40
JUROS DE MORA 07/2019		0,98

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
[illegible]	84,48	1,65	1,39
	84,48	7,60	6,42

VENCIMENTO: 15/11/2019 TOTAL A PAGAR: 87,86

MENSAGEM:
IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R$ 119.59. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

82360000000-6 873600

VENCIMENTO: 15/11/201

compesa
ATENDIMENTO AO CLIENTE
NAZARENO: 0800-081 0181

compesa

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

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NUM. - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 104825260 Out/2019

ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO
R DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, N. 00093 - CENTRO CACHOEIRINHA
PE 55380-000
INSCRICAO: 031.830.840.0049.220 GRUPO:6 DEB.AUTOMATICO: 104825260

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1			

HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A13U067567	28/09/2019	29/10/2019	REAL

AGUA:
LEIT ANT: 903 CONSUMO:18
LEIT ATU: 921
LEIT FAT: 921

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO | NUMERO DE AMOSTRAS

compesa

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

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NUM. 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE — MATRICULA: 1048.5360 Out/2019

ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO
R DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, N 00091 - CENTRO CACHOEIRINHA
PE 55380-000
INSCRICAO: 031 830 840 0049 220 GRUPO:B DEB.AUTOMATICO: 1048.5360

SITUACAO AGUA	SITUACAO ESGOTO	REFERENCIAL	COBRANCA ESPECIAL	PUBLICO
LIGADO	POTENCIAL	1		

HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (M3)
A13006750	28/09/2019	29/10/2019	REAL

AGUA:
LEIT ANT: 903 CONSUMO: 18
LEIT ATU: 921
LEIT FAT: 921

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO
09/2019	24
08/2019	10
07/2019	10
06/2019	17
05/2019	07
04/2019	13
MEDIA:	13

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS: EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS.
TURBIDEZ	38	38	38
COR APARENTE	38	38	34
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	38
[illegible]	38	38	38

Qualidade de Agua www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICOES SANITARIAS DA AGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R$ 5,05 POR M3	8 M3	40,40
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		2,40
JUROS DE MORA 07/2019		0,98

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
[illegible]	84,48	1,65	1,39
	84,48	7,60	6,42

VENCIMENTO: 15/11/2019 TOTAL A PAGAR: 87,86

MENSAGEM:
IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R$ 119.59. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

82360000000-6 873600

VENCIMENTO: 15/11/201

compesa
ATENDIMENTO AO CLIENTE
NAZARENO: 0800-081 0181

compesa

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

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NUM. - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 104825260 Out/2019

ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO
R DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, N. 00093 - CENTRO CACHOEIRINHA
PE 55380-000
INSCRICAO: 031.830.840.0049.220 GRUPO:6 DEB.AUTOMATICO: 104825260

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1			

HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A13U067567	28/09/2019	29/10/2019	REAL

AGUA:
LEIT ANT: 903 CONSUMO:18
LEIT ATU: 921
LEIT FAT: 921

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO | NUMERO DE AMOSTRAS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

HRDM

Pernambuco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL

Nome: João Marcio V. de Melo Almeida Idade:

Situação/Queixa:
Cl. refere queda de moto há 3 dias, com Rx sugestivo de fratura em fêmur e ulna (E).

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:

Doenças Preexistentes: ~
Medicações em uso: ~
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS ~

PARÂMETROS

PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow:

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispnéias aos esforços	Dispnéia de repouso	Dispnéia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:
Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdômo

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma: Ao ortopedista

Data: 14/01/19

Bruno de Luna Oliveira
COREN - PE 388.186 - Enf.
Enfermeiro Emergencista
Assinatura/Carimbo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
DO 5º PERÍMETRO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

Cachoeirinha

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA-PE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO

SAÚDE

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO

UNIDADE DE DESTINO: HOM MOTOR (TRAUMATOLOGIA) | SENHA DA REGULAÇÃO: 55698 4615

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOÃO PAULO DE MELO ALMEIDA | ID:

SUS	RG	DATA DE NASCIMENTO	SEXO:
		04	MAX

HISTÓRIA CLÍNICA

DIMINUIDA MUITO FOI COLOCADO DOIS VEZES HÁ 4C HORAS ERRADO. FRATURA EXPOSTA DE EXTREMIDADE DE MEMBRO ESQUERDO COM SUB-LUXAÇÃO

CONDUTA INICIAL:

EXAMES REALIZADOS: RX

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: FRATURA FECHADA DO MEMBRO ESQUERDO

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 14/11/24

MELVIO LIMA FILHO
MÉDICO

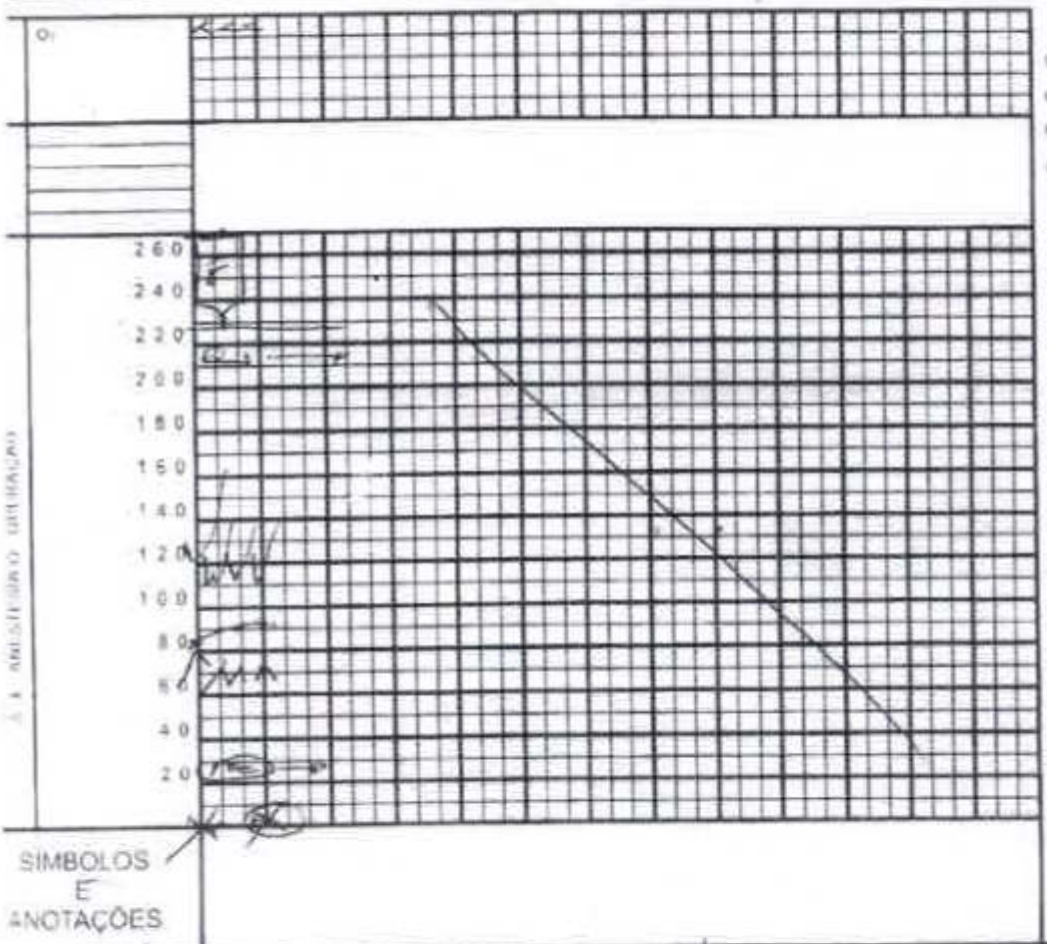
Médico Assinatura/Carimbo

SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
FOLHA DE ANESTESIA

E João Marcio Vieira de Melo Almeida	IDADE 14	SEXO M	COR B		
PITAL Dey	ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		

4.01.19	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
SANGUÍNEO	HEMATIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					
ESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
RCULATÓRIO	NDN				ELETROCARDIOGRAMA	
GESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
DO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
NÓSTICO PRE OPERATÓRIO	Fratura penina				ESTADO FÍSICO	RISCO
NOSTICO PÓS-OPERATÓRIO				ANEST. ANTERIORES		
CAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS	EFEITO	



SIMBOLOS E ANOTAÇÕES

INDUÇÃO

SATISF ____ EXCIT ____ TOSSE ____

LARINGO ESPASMO ____ LENTA ____

NÁUSEAS ____ VÔMITOS ____

OUTROS ____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF SIM ____ NÃO ____

NÃO POR QUÊ? ____

DESPERTAR

REFLEXOS NA SO ____

OBIN ____ CO2 ____ EXCIT ____

NÁUSEAS ____ VÔMITOS ____

OUTROS ____

COM CANULA PARA O LEITO SIM ____ NÃO ____

CONDIÇÕES

ICÃO	
ENTES Propofol - 140 mg	CÂNULAS
ÍNICA Cent EV 4 RE	
ERAÇÃO Red fut. punho	
RURGIÕES Eric	
ESTESISTAS Normando	
SERVAÇÕES	
OTAR NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIA	PERDA SANGUÍNEA

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

HRDM

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simoa Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

mero do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
0483	14/01/2019 às 13:55:48		EMERGÊNCIA ORTOPEDICA

ormações prestada pelo paciente ou acompanhante:

ciente: 025395623 - JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

S: 700002256204604 Nascimento: 14/11/2004 Idade: 14 anos Sexo: Masculino Cor:

tado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: CACHOEIRINHA Nacionalidade: Brasileiro

cumento:
3 - 9868041

Filiação:
Pai:
Mãe: ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

dereço (Av., Rua, etc): RUA DELMIRO CHALEGRE, Nº. 93 Complemento:

irro: Cidade: Cachoeirinha UF: PE Telefone:

ompanhante:

orrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

ocedência: Cachoeirinha Meio de Transporte:

endimento Médico:

ta: / / Hora: Médico: CRM: /

a Principal:

DA: Queda no mato não quem no

ouvia.

istória do Trauma:

erda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ | Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ | Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

cidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ | Tipo:

olisão: Sim ☐ Não ☐ | Tipo: | Motorista ☐ Passageiro ☐

tropelamento: Sim ☐ Não ☐ | Local do Impacto:

ltima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ | Tipo: | Sofreu queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

madura: Sim ☐ Não ☐ Por: | Transporte realizado por:

ondições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ | Por que:

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
GARANHUNS
5ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

xame físico:

: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.: °C

: Respiratório

: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm

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

Cachoeirinha

HRDM

Admissão do Paciente do Bloco Cirúrgico

Dados de Identificação

Nome: João Marcio Vieira de Melo Almeida Data: 14.01.19

Hora: 16:30 Idade: 14 Registro: 830483

Procedimento: Redução incruenta Diagnóstico: Fratura rádio E

Cirurgião: Eurico Hebert Anestesista: Fernando Gayoso

Informações antes do procedimento

1.Dieta zero a partir de 09 h.

2.Tricotomia ( ) Sim (X) Não

3.Sítio de marcação ( ) Sim ( ) Não (X)

Qual?

4.Faz uso de medicação contínua ( ) Sim (X) Não

Qual?

5.Alergia à medicação ( ) Sim (X) Não

Qual?

6.Quem informou? ( ) Paciente (X) Familiar

( ) Outro

6.Doença pregressa? HAS ( ) Sim (X) Não DM ( ) Sim

(X) Não Outra:

7. Tabagista: ( ) Sim (X) Não

8.Etilista: ( ) Sim (X) Não

9. Anestesia Anterior: ( ) Sim (X) Não

Especifique

10. Cirurgia anterior: ( ) Sim (X) Não

Especifique

11. Deficiências: ( ) Sim (X) Não

Especifique

12. Proteses: ( ) Sim (X) Não

Especifique

Sinais Vitais e Antropometria

13.PA 116 x 84 mmhg 14. FR ____ rpm 14.T: ____ °C 15.FC/P: 87 bpm

16.Glicemia ____ 17.Peso: ____ 18. Altura: ____ 19. Tipo sanguíneo: ____

Monitorização

20. Veia (X) Sim ( ) Não 21. AVC ( ) Sim (X) Não 22. Monitorizado (X) Sim ( ) Não 23. Sondagem ( ) SNG ( ) SNE ( ) SOG

24. Risco de aspiração ( ) Sim (X) Não 25. Risco de perda Sanguínea ( ) Sim (X) Não 26.ABT Profilático ( ) Sim (X) Não se aplica

27. Fixantes de imagem (X) Sim ( ) Não se aplica 28. Placa de bisturi ( ) Sim (X) Não local

Observações:

Menor consciente, orientado, eupnéico, corado, hidratado, com queixa em rádio E, será submetido a redução incruenta.

HOSPITAL REGIONAL GARANHUNS DOM MOREIRA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Assinatura do Enfermeiro

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA – GARANHUNS - PE
BLOCO CIRÚRGICO
FOLHA DE CONSUMO

DATA: 14/01/19 TÉCNICO RESP.: Fernando CIRURGIÃO: Dr. Tarcio Hebert
PACIENTE: João Marcio Viana de Aguiar Miranda 1º AUXILIAR:
PRONTUÁRIO: 83243 HORA: INÍCIO: 16:50 TÉRMINO: 17:00 ANESTESISTA: Hernando Lopes
ATENDIMENTO: Redução fechada INSTRUMENTADOR:

MEDICAMENTOS	PSICO BOX	DESCARTÁVEIS
Água destilada 10ml	Alfenta amp	Agulha Raqui Nº
Água destilada 500ml	Bupivacaina Pesada	Agulha Insulina
Adrenalina amp	Bupivacaina	Agulha 25x7
Aldactona amp	Diazepan ap	Agulha 40x12
Atropina amp	Dimorf 1ml/2ml	Algodão ortp Pacote
Buscopan amp	Dolantina 2ml	Atadura crepon Nº 15cm 1
Buscopan composto	Dormind 3ml	Cateter duplo lumen
Bicarbonato de sódio	Dormind 10ml	Cânula traqueostomia Nº
Carbuloteno IM	Fentanil 2ml amp	Cateter para O2 1
Cetoprofeno IV 1	Hidantal amp	Coletor fechado
Cloreto de potássio	Hypnomidate	Coletor aberto
Cloreto de Magnésio	Ketamin S 1ml	Coletor Aspirador
Captopril amp	Lidocaina 2% CV	Compressa cirúrgica
Diazepam	Lidocaina 2% SV	Dreno laminar
Dimetona amp	Naloxona	Dreno Penrose Nº
Dipirona/ascos 4mg/ml	Pancuron amp	Dreno Sucção
Evoltona amp	Propofol amp 1	Dreno Tórax Nº
Hidrocortisona amp	Prostigmine amp	Eletrodo
Dexametona amp	Rocurônio	Equipo Macro simples
Fenergan amp	Ropivacaina	Equipo Hemotransfusão
Ranitidina amp	Sevoflurano	Equipo BIC
Glicose 50% amp	Succinate	Extensor
Hidrocortisona 500mg	Tramal amp	Jelco Nº
Tiocolina amp		Kit Drenagem torácica
Lasix amp	**FIOS**	Lâmina de bisturi Nº
Metoclopramida	Algodão Nº	Luva Estéril 7.0
Metoprolol amp	Cat-Gut Cromado Nº	Luva Estéril 7.5
Novalgina amp	Cat-Gut Simples Nº	Luva Estéril 8.0
Neurotron amp	Prolene Nº	Luva Estéril 8.5
Ocitocina amp	Seda Nº	Luva Procedimento 01
Omeprazol amp	Vicryl Nº	Polifix 2 vias
Ringer Lactato 500ml	Nylon Nº	Seringa 3ml
Soro Fisiológico 500ml	Kirschner Nº	Seringa 5ml
Soro Fisiológico 100ml		Seringa 10ml
Soro Glicosado 5% 500	**ANTIBIÓTICOS**	Seringa 20ml
Tiamina amp	Amicacina amp	Seringa Insulina
Vitamina B12 amp	Ampicilina amp	Sonda Foley 2 vias Nº 1
Vitamina C amp	Cefalotina amp	Sonda Foley 3 vias Nº
Vitamina K amp	Ceftriaxona amp	Sonda Nasogástrica Nº
Vizeven amp	Clindamicina amp	Sonda Uretral
Xylocaina gel	Gentamicina amp	Sonda Aspiração
		Tubo Endotraqueal Nº
	OXIGÊNIO	Torneira 3 vias
	Início 16:50 Término 17h	Urofix
	Litros 2L	

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS-PE

Cachoeirinha **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde UPA

Nome: Encaminho João Marcelo Veiga de Moraes Alencastro 14 anos, com histórico de queda de moto, o paciente sofreu fratura nos condilos do úmero esquerdo necessita avaliação do ortopedista para retirar o paciente para cirurgia.

Transfiro-se

07/01/2019

Data

Luciano Antonio Alves dos Santos
CRM 11515
627.806.974-15

Médico

Paciente

Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem

__/__/__

Data

Assinatura do Médico

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 31/08/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 31/08/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Marcio Vieira de Mello Amaral

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de tornozelo E

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento cirurgico de fratura de tornozelo (E) ATO 36/3/19

ALTA MÉDICA? [X] SIM [ ] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [ ] SIM [X] NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] 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 ORGÃO AFETADO
1º	Período pós-cirurgia cicatriz típica da
2º	fratura, membro com edema (+++/4+)
3º	com hiperemia, perda de rotação interna
4º	e externa, rigidez articular
5º	75% Grave

ATRAVÉS DESTE ATESTO REVALIDO A VÍTIMA NO PERÍODO DE Novembro
DECLARO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS E VERDADEIRAS

Carlos Eduardo
CRM-RJ 52144
ASSINATURA E CARIMBO

Carlos 29/11/19
LOCAL DATA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

01R26

POLEGAR DIREITO

João Márcio Vieira de Melo Cavalcanti

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.868.041

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2015

NOME

<< JOÃO MÁRCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA >>

FILIAÇÃO

<< MÁRCIO DE ALMEIDA SILVA >>

<< ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO >>

NATURALIDADE

CACHOEIRINHA - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/11/2004

DOC ORIGEM << 075242 01 55 2005 1 00013 094 0014656 01 CACHOEIRINHA-PE >>

CPF

124.742.624-66

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

41583168270210544 7.6198052 F-64 85.095 -4323

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

124.742.624-66

Nome

JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

Nascimento

14/11/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

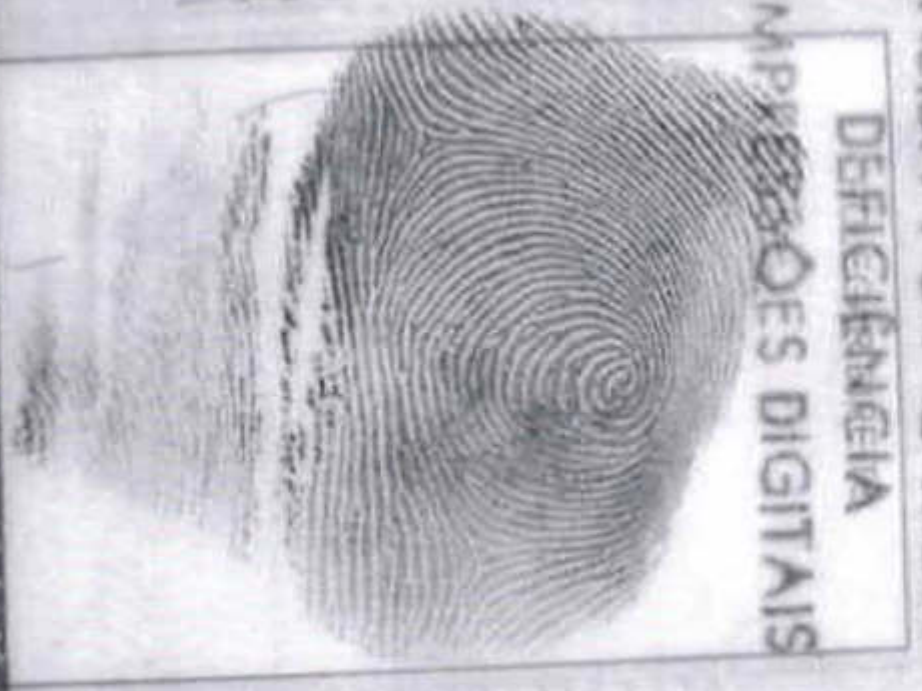
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-5

VÁLIDA POR 12 MESES

DEFICIÊNCIA

IMPRESSÕES DIGITAIS



Arali na Amanda Vieira de Melo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.105.600

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/01/2014

NOME
<< ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MÉLO >>

FILIAÇÃO
<< JOSÉ ELIAS DE MELO SOBRINHO >>
<< MARIA APARECIDA VIEIRA DE MELO >>

NATURALIDADE
CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO
25/09/1985

DOC. ORIGEM << 075242 01 55 1985 1 00006 091
0006225 20 CACHOEIRINHA-PE >>

CPF
065.985.894-01

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

065.985.894-01

Nome

ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

Nascimento

25/09/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Informações sobre o veículo

Placa: PDG-6377

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 162

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC2200HR004584

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2016/2017

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

> **NADA CONSTA**

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705006
Cidade: Cachoeirinha
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA
Data do acidente: 11/01/2019
Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DESVIADA EXTRA ARTICULAR DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO (PUNHO)

Descrição do exame físico: LIMITAÇAO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS), FUNÇAO DA MAO PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇAO TOTAL DA FRATURA, COM DESVIO ANTERIOR DO RADIO DISTAL, COM PREJUIZO FUNCIONAL RESIDUAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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**