
Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672523

Vítima: AMAURI SILVA MELO

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMAURI SILVA 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

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672523

Vítima: AMAURI SILVA MELO

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), AMAURI SILVA MELO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672523 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMAURI SILVA MELO **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
TRAUMA COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º E 3º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ÚMERO, ANTEBRAÇO, REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 2º E 3º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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



Nº DO SINISTRO _____

SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Amaraury Silva Melo
PORTADOR(A) DO RG Nº 8553321 EXPEDIDO POR SDS PE EM 11/05/2019
CPF 094365624-76 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 6327-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9686-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

garanhuns 20 de novembro de 2019 LOCAL E DATA
Amaraury Silva Melo ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 29/09/2019 Hora: 11:00 Município: GARANHUNS/PE
BR: 424 KM: 95,1 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: FEIJO, 1068854

Boletim de ocorrência

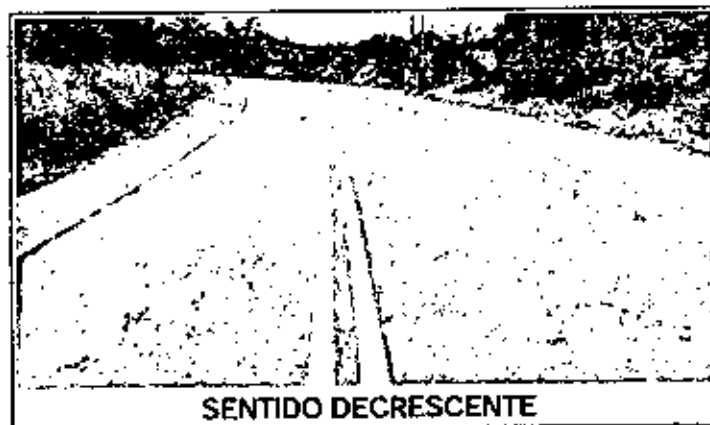


ASPECTOS DO LOCAL

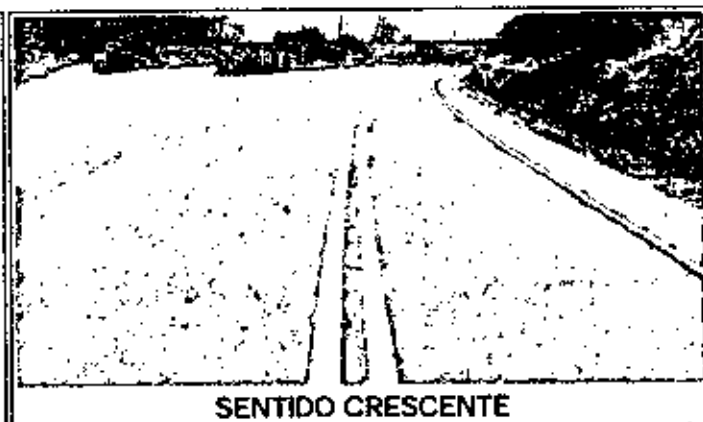
Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Curva, Declive
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

As 11h15 do dia 29/09/2019, fomos informados através da PMPE de Garanhuns acerca de um acidente no Km 95,1 da BR424, local denominado Curva da Laranjeira, em Garanhuns. Chegando ao local, havia uma viatura do Corpo de Bombeiros sobre a via fazendo a segurança da equipe de militares que realizava o socorro do motociclista já imobilizado sobre a maca. No lado externo da curva, no sentido decrescente (Bom Conselho - Garanhuns), em um barranco no local, encontrava-se um RENAULT/SANDERO AUTH 1.0 de placa PDX0600, aqui denominado V1, e, no acostamento oposto, lado interno da curva, ao lado da viatura do Corpo de Bombeiros, encontrava-se em posição de pé uma motocicleta HONDA/CG 150 FAN de placa PDO5330, aqui denominado V2. O V1 apresentava-se com danos nas colunas central e traseira do lado esquerdo, em toda extensão da lataria lateral do centro até a porção traseira, em uma pequena parte do teto, e com o eixo da roda traseira esquerda e vidro traseiro quebrados. Já os danos verificados no V2, eram bem maiores. Tanque, painel, caixa do farol, garfo telescópico quebrado de um lado e empenado do outro, chassi e roda dianteira, todos empenados, seriamente danificados, e com intenso vazamento de gasolina. O condutor e proprietário do V1, Sr. WEBER WANDERLEY FERREIRA DA SILVA, 37 anos e sua passageira, encontravam-se no local sem nenhuma lesão. Ao ser submetido ao teste de alcoolemia, o condutor apresentou resultado negativo, comprovando nenhum consumo de bebida alcoólica. O motociclista e proprietário do V2, Sr. AMAURI SILVA MELO, 28 anos, encontrava-se em estado grave, com várias fraturas pelo corpo, e sob os cuidados de uma equipe do Corpo de



Documento assinado eletronicamente por FEIJO, matrícula 1068854, Polícia Rodoviária Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19053160001 e o número de controle 9C76D7F3FB16F4E326CCF2DEB305A7.

191



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO Nº 19053160801



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FELJO, matrícula 1066854, Policial Rodoviário Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19053160801 e o número do controle 9C26D2F3F816F4C326CCF2DEB3D5A7.

191

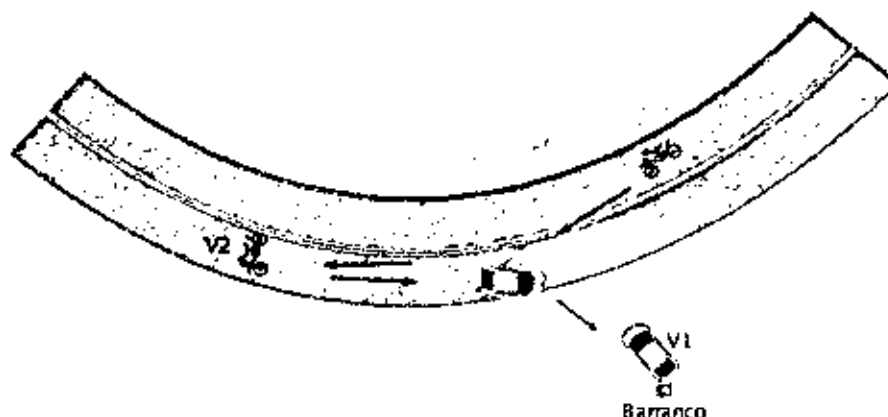
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

Bombeiros, não sendo possível a realização do teste de alcoolemia, e nem a percepção quanto ao consumo de bebida alcoólica. Apresentou-se no local como colega do motociclista, o jovem JOSÉ JEKSON GOMES DA SILVA, 23 anos, CPF. 108.263.254-67, o qual recebeu a motocicleta e se responsabilizou pela remoção da mesma. Os danos verificados em ambos os veículos e vestígios no local confirmaram a dinâmica do acidente relatada pelo condutor do V1 e comentada pelos curiosos ali presentes, concluindo-se que o V1 seguia normalmente em sua mão de direção, sentido Bom Conselho - Garanhuns, quando, ao entrar na Curva da Laranjeira, foi surpreendido pelo V2 que, transitando em sentido oposto, perdeu a tangência da curva, invadiu a contramão, colidiu transversalmente na lateral esquerda do V1, fazendo-o perder o controle de direção, sair de pista e repousar após colidir de ré contra um pequeno barranco no lado externo da curva. O V2, após a colisão tombou sobre a via sentido decrescente, e seu condutor lançado na via oposta. Imediatamente, a passageira do V1 ligou para acionar os serviços de socorro médico, e o condutor do V1 permaneceu no local até a chegada da equipe de resgate e da Polícia Rodoviária Federal, a quem prestou todo o esclarecimento necessário à elucidação do caso. Vale salientar que o local é devidamente sinalizado com placas de velocidade e faixas longitudinais duplas amarelas perfeitamente visíveis. O motociclista foi removido para o Hospital Regional Dom Moura em Garanhuns, e o condutor do V1 liberado para providenciar, juntamente com seu seguro, a remoção do veículo.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



Bom Conselho, PE

Garanhuns, PE →

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	
2	Tombamento	



Documento assinado eletronicamente por FELIO, matrícula 1068854, Polícia Rodoviária Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobate/autenticar>, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C76D2F3F816F4E326CCF2D8B305A7.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

MARCAS NO PAVIMENTO

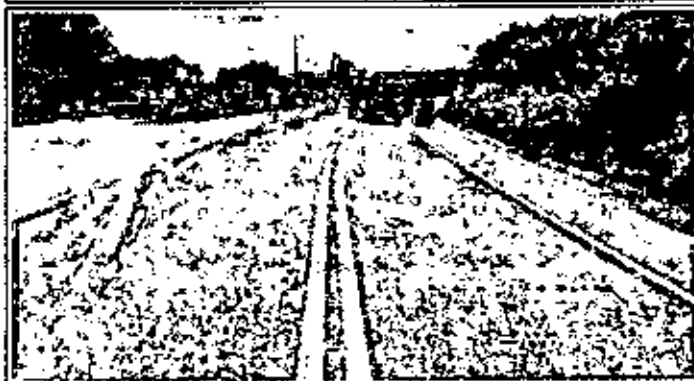
Evento: Variato: Frenagem(m): Derivação(m): Arrastamento(m):

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão: Solução: Contratado:

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - PDX0600 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: PDX0600 Marca/modelo: RENAULT/SANDERO AUTH 10
Ano fabricação: 2018 Chassi: 93Y5SRF84KJ744581
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01179850740
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por FEUC, matrícula 1068854, Polícia Rodoviária Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobeta/autenticar>, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C26D2F3F816F4E326CCF2D0EB305A7.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / RENAULT/SANDERO AUTH 10

Placa: PDX0600

Nº BOAT: 19053160B01

Nome do Agente: FEIJO

Matrícula do Agente: 1068854

Data: 29/09/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por FEIJO, matrícula 1068854, Policial Rodoviário Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobai/autenticar>, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C26D2F3F616F4E326CCF2DEB305A7.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FELIO, matrícula 1068854, Policial Rodoviário Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobas/autenticar>, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C76D7F3F816F4E326CCF2DEB305A7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V1 - Proprietário

Nome: WEBER WANDERLEY FERREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 715.241.184-00

Email:

Telefone:

Endereço: RECIFE-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - WEBER WANDERLEY FERREIRA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: WEBER WANDERLEY FERREIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 04/09/1972

CPF: 715.241.184-00

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

Informações complementares: Teste de alcoolemia nº 4496 no etilômetro nº 090703.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B

Primeira habilitação: 20/11/1990

Nº Registro: 01428569785

UF: PE

Vencimento da habilitação: 24/09/2020

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA AMALIA BERNARDINO DE SOUSA, 0000000264, AP 803, BOA VIAGEM, RECIFE-PE

Telefone:

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - ELIDA MIRTES FERRO ANDRADE

V1P1 - Informações

Nome: ELIDA MIRTES FERRO ANDRADE

Data de Nascimento: 21/05/1971

CPF: 578.397.004-20

Sexo: Feminino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: JOAO DE SOUZA CAVALCANTE, 00000000445, CASA, BOA VISTA, GARANHUNS-PE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por FELIO, matrícula 1068634, Polícia Rodoviária Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C2602F3F816F4E376CCF2DEB305A7.

191



POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V2 - VEÍCULO 2 - PDO5330 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: PDO5330 Marca/modelo: HONDA/CG 160 FAN

Ano fabricação: 2018 Chassi: 9C2KC2200KR101505

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Renavam: 01170306311

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Vermelha



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FEUQ, matrícula 1068854, Polícia Rodoviária Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DC, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobac/autenticar>, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle: 9C26D2F3F816F4E326CCF2DEB305A7.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 160 FAN

Placa: PDO5330

Nº BOAT: 19053160B01

Nome do Agente: FEIJO

Matrícula do Agente: 1068854

Data: 29/09/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente
			Sim Não N/A
1	Garfo dianteiro		X
2	Mesa superior da suspensão dianteira		- X
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X
4	Coluna de direção		X
5	Chassi		X
6	Garfo traseiro		X
7	Eixo traseiro (triciclos)		X

Dano de Monta: Grande

V2 - Imagens Obrigatórias

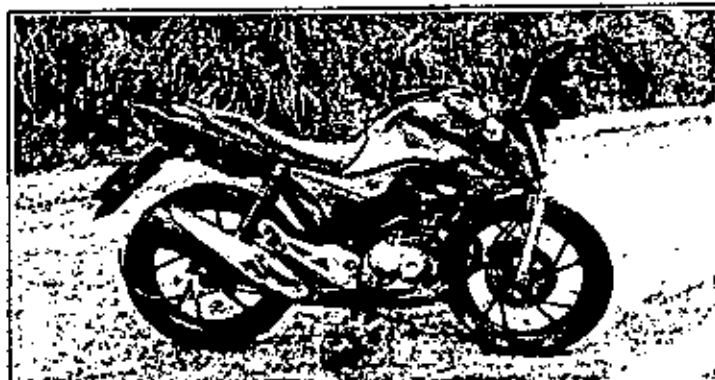


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

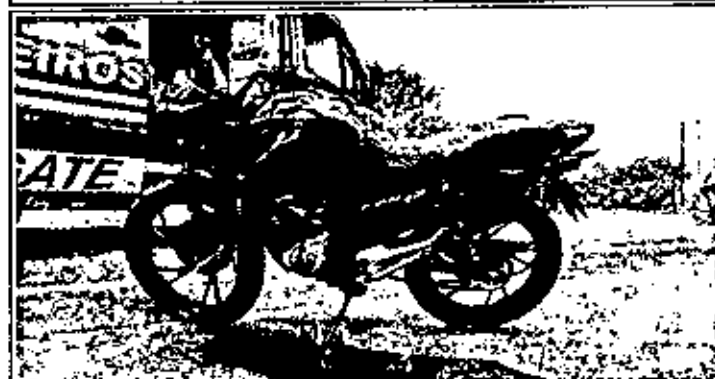


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por FEIJO, matrícula 1068854, Polícia Rodoviária Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 7º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.202-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C26D2F3F816F4E326CCF2DEB905A7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V2 - Proprietário

Nome: AMAURI SILVA MELO

CPF/CNPJ: 097.365.624-76

Email:

Telefone:

Endereço: GARANHUNS-PE

V2C - CONDUTOR DE V2 AMAURI SILVA MELO

V2C - Informações

Nome: AMAURI SILVA MELO

Data de Nascimento: 28/01/1991

CPF: 097.365.624-76

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 08/05/2017

Nº Registro: 06837868701

UF: PE

Vencimento da habilitação: 18/11/2021

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: TV 1 MONTE SINAI, 0000000056, CASA, HELIOPOLIS, GARANHUNS-PE

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FEUD, matrícula 1068854, Polícia Rodoviária Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 7º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b da Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobal/autenticar>, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C26D2F3F816F4E326CCF20EB305A7

191



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/ 1 - DInter/ 1 - 6º Grupamento de Bombeiros

Garanhuns-PE, 08 de outubro de 2019.

Josemar Paz Bezerra Filho
JOSEMAR PAZ BEZERRA FILHO
Cap QOC/BM - Comandante da 1ª SB

Josemar Paz Bezerra Filho
Cap QOC/BM Mat. 707428-0

VISTO

Heitor Martins
Comandante do 6º GB

Heitor Martins
Maj QOC/BM
Mat. 970.008-0

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 0043/19 - 6º GB

O Comandante da 1ª SB, do 6º Grupamento de Bombeiros, do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, por solicitação da Sra. Maria Dulce Silva Melo, RG 4.988.683 SDS/PE, CPF 092.133.944-54, residente e domiciliada na Primeira Travessa Monte Sinai, nº 56, Severiano de Moraes Filho, Garanhuns- PE certifica que, foi deslocada a viatura AR-664, da 1ªSB/6ºGB Garanhuns, aproximadamente às 14h20min, do dia 29 de setembro de 2019, para atender a uma ocorrência de possível acidente de trânsito, colisão entre carro e moto, ocorrido na BR 424, próximo à curva da lajaninha, zona rural, Garanhuns- PE, envolvendo uma HONDA/CG 160 FAN, de cor vermelha e placa DPO5330 e um RENAULT/SANDERO, de cor branca e placa PDX0600. Vitimando a pessoa de Amauri Silva Melo - condutor da moto - que apresentava fraturas abertas no membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo, em decorrência do acidente.

As mesmas foram conduzidas ao Hospital Regional Dom Moura, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como prontuário nº 912.243.

A presente Certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 1ª Seção de Bombeiros (1ªSB) e pelo Comandante da Unidade. 3º Sgt BM Mat. 798078-7

Daniel Alves Cavalcante
Daniel Alves Cavalcante
3º Sgt/BM
Mat.: 798.078-7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Amauri Silva Melo, portador da carteira de identidade nº 8553321-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 097.365.624-76, residente e domiciliado na 1ª Travessa Monte Sinai, 150, Cidade Garanhuns, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Declarante de Inexistência de IML



x Amauri Silva Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Garanhuns, 20 de novembro de 2019.

Local e data

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.434, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 514, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.833.832/0001-08 | E-mail: 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA LUIZ DE MELO VALENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 TV I MONTE SINAI CE

CNPJ 092.137.944-24 NIS 1038707/0150

HELIOPOLIS/ARARIPINS
 GARANHUNS PE
 55.390-000

CLASSIFICAÇÃO
 BI RESIDENCIAL
 BAIXA RENDIMENTO

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE CANCELAMENTO	PERÍODO DE VIGÊNCIA
02/05/2019	12/05/2019	22/06/2019
22/06/2019	20/07/2019	11/08/2019

0885523025 08/2019
 29/08/2019 20/09/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 20,27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade Sinai	50,00000000	0,18124000	9,06
Consumo Atividade Sinai e 30 até 100 kWh	24,00000000	0,27764015	6,66
Atividade Sinai e 100 até 200 kWh			0,09
Atividade Sinai e 200 até 300 kWh			0,17
Atividade Sinai e 300 até 400 kWh			2,50
Atividade Sinai e 400 até 500 kWh			0,29
Atividade Sinai e 500 até 600 kWh			0,62
Atividade Sinai e 600 até 700 kWh			0,94
Atividade Sinai e 700 até 800 kWh			3,00

TOTAL DA FATURA

IP DO MEDIDOR	Tipo de Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	IP DE CUBO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
43851	CAT	24/07/2019	17 527 95	22/08/2019	17 543 71	39	1.0000		15,76

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE CANCELAMENTO	PERÍODO DE VIGÊNCIA	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
02/05/2019	12/05/2019	22/06/2019	Consumo Atividade Sinai	50,00000000	0,18124000	9,06
22/06/2019	20/07/2019	11/08/2019	Consumo Atividade Sinai e 30 até 100 kWh	24,00000000	0,27764015	6,66
			Atividade Sinai e 100 até 200 kWh			0,09
			Atividade Sinai e 200 até 300 kWh			0,17
			Atividade Sinai e 300 até 400 kWh			2,50
			Atividade Sinai e 400 até 500 kWh			0,29
			Atividade Sinai e 500 até 600 kWh			0,62
			Atividade Sinai e 600 até 700 kWh			0,94
			Atividade Sinai e 700 até 800 kWh			3,00

NOTA FISCAL
 0885523025 08/2019
 29/08/2019 20/09/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 20,27

Comprovante de residência



DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	LEITURA	LEITURA	LEITURA
Consumo Atividade Sinai	0,00	0,79	11,38	23,71
Consumo Atividade Sinai e 30 até 100 kWh	0,00	1,30	0,00	11,30
Consumo Atividade Sinai e 100 até 200 kWh	0,00	0,37	0,00	0,00

TENSÃO NOMINAL (V)	LEITURA DE TENSÃO (V)
220	237

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



Pernambuco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome: <u>Simão M20</u>	Idade: <u>29</u>			
Sobrenome: <u>Quem de modo, Pórtia</u>				

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

Documentação médico-hospitalar



PARÂMETROS

PA: <u>130x80</u>	HR: <u>92</u>	R.	T.	SpO2: <u>100</u>	HGT:	Peso:	Glasgow:
-------------------	---------------	----	----	------------------	------	-------	----------

REGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

<u>Consciente</u>	Orientado	Desorientado	<u>Tranquilo</u>	Calm
<u>Alerta</u>	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braco E	Braco D	Escápula	Mandíbula	Abdome
---------	---------	----------	-----------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

Do Simão / Ontem

Data: 29/09/19

Dr. Tenório
Médico

Assinatura/Carimbo



CONDUITA DE ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura/Carimbo

[illegible]

Assignment of Copyright

FICHA DE ATENDIMENTO

mero do Registro 1243	Data e Hora do Atendimento 29/09/2019 às 12:02:21	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGENCIA GERAL
--------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

cliente: 000059138 - AMAURI SILVA MELO
 JS: 706809276876320 Nascimento: 28/01/1991 Idade: 28 anos Sexo: Masculino Cor:
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: GARANHUNS Nacionalidade: Brasileiro
 Documento: 3 - 8553321 Filiação:
 Pai: JOSE AMAURI DA SILVA
 Mãe: MARIA DULCE SILVA MELO

Endereço (Av., Rua, etc): RUA ATAULFO ALVES, Nº. 24 Complemento:
 Bairro: MASSARANDUBA Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone:
 Acompanhante:
 Moradia: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
 Procedência: Massaranduba Meio de Transporte:

Exame Médico:

Data: 29/09/19 Hora: 12:05 Médico: CRM: 1

Queixa Principal:
 DOA: *trauma de queda de altura
 há 30 minutos, não perde o controle
 ou vomito, apresenta fratura exposta
 em MIE + MSE*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Envolvemento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Extensão de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sobrecarga: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	5ª REGIÃO DE SAÚDE
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐		GARANHUNS - PE

Exame físico:

Exame Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.: °C
Respiratório	<i>EtC, quando o paciente expulsa, equívoco,</i> <i>brônquios (24-17-1)</i>		
Circulatório	PA: 128 x 70 mm Hg	Pulso: 125 bpm	

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

13

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐ Condiciona a Alta ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta, Internamento ou Transferência:

Médico:

Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nº da Identidade:

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

Data: / /

Nº da Identidade:

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

Dr. Orilton Barros
Cirurgia Vascular
CRM-PE 12790

Nome Completo Legível:

Assinatura:



Pernambuco

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE



Unidade de Saúde		Município		Região de Saúde	
Hospital Regional Dom Moura		Bonito			
Nome do Paciente					
Aroni Siqueira Melo					
Queixa Clínica					
Queda de Motocicleta / perno de coluna + lesões por trauma					
Diagnóstico					
Fratura de coluna					
1ª REMOÇÃO	Destino	Município		H. de Saída	H. de Chegada
	HIC-5782187 13:30				
2ª REMOÇÃO	Motivo (Registro detalhado)	Nº do C.R.M.		Data	
	Vítima de queda de motocicleta que antecedeu a lesão de coluna, fratura de braço + antebraço E + mão esquerda + perna + P.D., lesão de dente + curvatura de coluna anterior				
3ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.		Data	
	* Dr. Paulo Barros CRMPE 22700				
4ª REMOÇÃO	Destino	Município		H. de Saída	H. de Chegada
	PA-110x65m4y				
5ª REMOÇÃO	Motivo (Registro detalhado)	Nº do C.R.M.		Data	
	* Fecho Cefaloteno 2g * VAT Fecho * Tetoxalona 250mg IM Fecho				
6ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.		Data	
7ª REMOÇÃO	Destino	Município		H. de Saída	H. de Chegada
8ª REMOÇÃO	Motivo (Registro detalhado)	Nº do C.R.M.		Data	
9ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.		Data	
Unidade prestadora do atendimento		Município		H. de Saída	H. de Chegada
Especificação do Atendimento Prestado					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data	





Pernambuco

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE



Unidade de Saúde		Município		Região de Saúde	
Hospital Regional Dom Moura		Bom Jardim			
Nome do Paciente					
Amaral Siqueira Neto					
Quarto Clínico					
Quarto de Motocicleta / Perda de consciência + Vômito + prurido					
Diagnóstico					
Politravmatismo					
Destino		Município		H. de Saída	
HIL-5782187 13:30					
Motivo (Registro detalhado)					
Vítima de queda de motocicleta apresentando ferimento de tornozelo, fratura de braço + antebraço E + M + N + P + R + D, lesão dental + curativos					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data	
De Valério Santos					
Destino		Município		H. de Saída	
* Prefeitura Transfere		Bom Jardim + NER			
Motivo (Registro detalhado)					
* Feto Cefalotórax 2º					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data	
* FC-128		Feito			
Destino		Município		H. de Saída	
PA-110x65mmHx					
Motivo (Registro detalhado)					
* Tetracoma 2º QUIN Feito					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data	
Destino		Município		H. de Saída	
Motivo (Registro detalhado)					
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data	
GARANHUNS - PE					
Unidade prestadora do atendimento		Município		H. de Saída	
Especificação do Atendimento Prestado					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.		Data	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

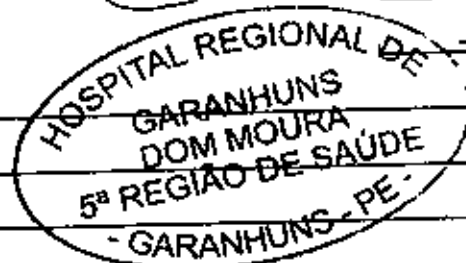
28-08-18 Paciente admitido em Sala
Vermelho provido pelo Saram, após exa-
te de motocicleta com múltiplas fraturas
realizado curso perfusão em MS 7 com
felco nº 18 para infusão de medicamentos
infusão de Concentrado de hemácias
monitorizado + oxímetro de pulso reali-
zada perfusão de SV 2 durante perfusão
por MC 1 e segue as medidas

as 14:30 inicia
hemotransfusão com
PA: 110 x 80 mmHg
T: 36°C
FC: 110 bpm Tmco: 15:30

Nome do Produto: C.H. 
Grupo Sanguíneo: O+
Fator Rh/D: positivo
Data: 29/08/18 Compat.: SIM ☐ NÃO ☐
Paciente: Adriana Silva Melo
RGRGH: HPDM
Hospital: HPDM Leito:
Enfermaria:
Assinatura do Responsável: [assinatura]

Nome do Produto: C.H. 
Grupo Sanguíneo: O+
Fator Rh/D: positivo
Data: 29/08/18 Compat.: SIM ☐ NÃO ☐
Paciente: Adriana Silva Melo
RGRGH: HPDM
Hospital: HPDM Leito:
Enfermaria:
Assinatura do Responsável: [assinatura]

16:00 inicia 2ª perfusão
com PA: 120 x 70 mmHg
T: 36,2°C paciente trans-
ferido para H.N. acam-
bado pelo cirurgião



[assinatura]
866217



GOVERNO DO ESTADO
DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS



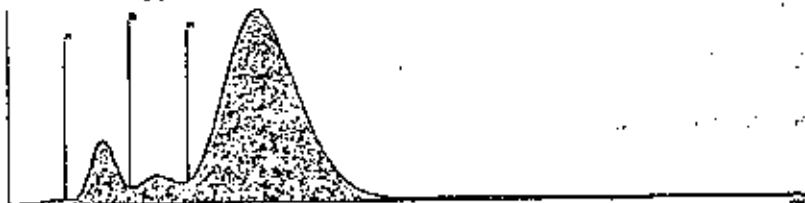
137594

Tipo: Human / Open / Humano

2019/09/29 13:23:46

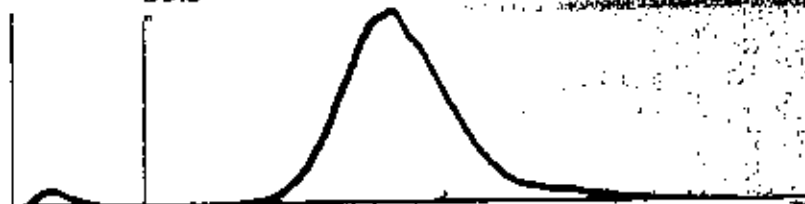
WBC 21.2 $\uparrow$ $10^3/\mu\text{L}$ [3.7 - 11.7]
MID 1.3 $\uparrow$ $10^3/\mu\text{L}$ [0.2 - 1.2]
LYM% 12.0 $\uparrow$ % [14.1 - 52.8]
GRA% 81.8 $\uparrow$ % [39.6 - 78.4]

LYM 2.5 $10^3/\mu\text{L}$ [1.1 - 3.6]
GRA 17.4 $\uparrow$ $10^3/\mu\text{L}$ [1.9 - 7.9]
MID% 6.2 % [3.2 - 17.7]



RBC 3.74 $\downarrow$ $10^6/\mu\text{L}$ [3.88 - 5.78]
MCV 86.9 fL [78.0 - 96.0]
MCH 30.50 pg [26.40 - 33.20]
RDWsd 39.3 fL

HGB 11.2 $\downarrow$ g/dL [12.0 - 17.2]
HCT 32.5 $\downarrow$ % [34.8 - 50.9]
MCHC 35.1 g/dL [31.8 - 36.7]
RDWcv 12.7 % [11.3 - 14.7]



PLT 212 $10^3/\mu\text{L}$ [172 - 440]
PCT 0.17 %
PDWsd 10.1 fL
PLC-C 83 $10^3/\mu\text{L}$

MPV 8.2 fL [6.1 - 9.1]
PDWcv 49.6 %
PLC-R 39 %



Blood Sensor disabled

Leído		
Hm 3.74	Et	ET
Hb 11.0	Sag	LA
Htc 32.5	E	M
Plt		

Judson Wallace Rodrigues
CRM 4.850

Av. Simão Gomes, S/N - PE
CEP: 55000-000
E-mail: laboratorios@hrdm.pe.gov.br

2019/09/29 13:23:52

Analisado em HA30H18061



GOVERNO DO ESTADO
DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
GARANHUNS - PE



137593

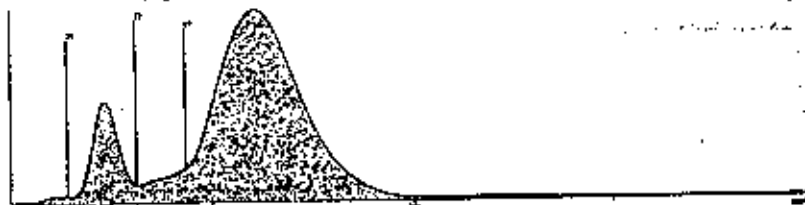
CTI

2019/09/29 12:15:26

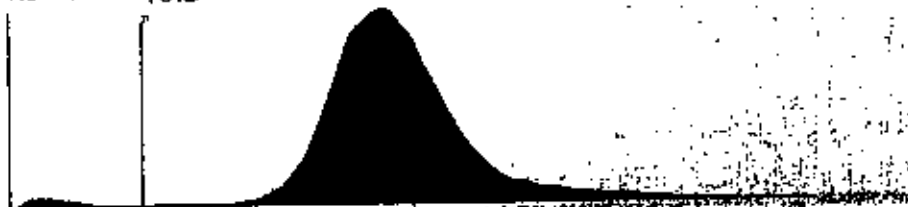
Tipo: Human / Closed / Humano

Armando Silva de Melo

WBC	11.8	$\times 10^3/\mu\text{L}$	[3.7 - 11.7]	LYM	2.0	$10^3/\mu\text{L}$	[1.1 - 3.6]
MID	0.6	$10^3/\mu\text{L}$	[0.2 - 1.2]	GRA	9.2	$\times 10^3/\mu\text{L}$	[1.9 - 7.9]
LYM%	16.7	%	[14.1 - 52.8]	MID%	5.0	%	[3.2 - 17.7]
GRA%	78.3	%	[39.6 - 78.4]				



RBC	4.23	$10^6/\mu\text{L}$	[3.88 - 5.78]	HGB	12.8	g/dL	[12.0 - 17.2]
MCV	91.1	fL	[78.0 - 96.0]	HCT	38.5	%	[34.8 - 50.9]
MCH	30.70	pg	[26.40 - 33.20]	MCHC	33.7	g/dL	[31.8 - 36.7]
RDWsd	40.8	fL		RDWcv	11.2	%	[11.3 - 14.7]



PLT	182	$10^3/\mu\text{L}$	[172 - 440]	MPV	9.7	fL	[6.1 - 9.1]
PCT	0.18	%		PDWcv	51.6	%	
PDWsd	12.5	fL		PLC-R	39	%	
PLC-C	71	$10^3/\mu\text{L}$					



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

Leuco		
Hm	4.23	Cl
Hb	12.8	Seg
Htc	38.5	E
Plt		

Judson Wallace Rodrigues
CRM 4.850

Av. Simão Gomes, 511 - Garanhuns - PE

CEP: 55.500-000
E-mail: laboratorios@hrdm.pe.gov.br

2019/09/29 12:15:34

Analisado em HA30H18051

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: AMAURI SILVA MELO	PRONTUÁRIO: 1695244	ATENDIMENTO: 01489319
DATA DE NASCIMENTO: 28/01/1991	FOI ATENDIDO EM: 29/09/2019 Às 18:49	
	DATA DA ALTA: 17/10/2019 ÀS 09:58	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE UMEROS ESQUERDO (CID: S.42) + FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CID: S.52) + AMPUTAÇÃO DE QUIRODACTILOS ESQUERDO (CID: S.68.1) + FRATURA DE FEMUR ESQUERDO (CID: S.72) + FRATURA DE TÍBIA ESQUERDO (CID: S.82).

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMEROS ESQUERDO, OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DE 2º E 3º QUIRODACTILO ESQUERDO, FEMUR ESQUERDO ESQUERDO E TÍBIA ESQUERDA.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS;
CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS, PARA DR. LEONARDO GOUVEIA (FX DE FEMUR E TIBIA ESQUERDA) E RETORNAR APOS 15 DIAS PARA DR. RINALDO LUCENA (UMERO E OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO).

Dr. Auner Alencar
Médico
CREMEP 26.708

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº. 7472

Recife, 17, OUTUBRO ,2019

ATENÇÃO:

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

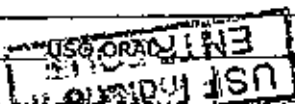


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: AMAURI SILVA MELO	Prontuário: 1695244
Clinica:	Atendimento: 1489319
	Leito: 601-L03



1. CIPROFLOXACINO 500MG ----- 28 COMP;
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR 14 DIAS.

2. FLANCOX 500MG ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR 5 DIAS.

3. DÍPIRONA 1G ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 6/6H SE DOR.

4. XARELTO 10MG ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP POR DIA.

Dr. João Aguiar
Médico
CREMEPE 26.793

Data: 17/10/2019	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE
------------------	-----------------------------

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: AMAURI SILVA MELO	Prontuário: 1695244
Clinica:	Atendimento: 1489319
	Leito: 601-L03

USO ORAL

1. CIPROFLOXACINA 500MG N. 150 COMP;
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR 5 DIAS.

2. FLANCOX 500MG ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR 5 DIAS.

3. DIFENHIDRAMINA 1G ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 6/6H SE DOR.

4. XARELTO 10MG ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP POR DIA.

(Dulcinéa)
USF INDIANO!
ENTREGUE
23 / 10 / 19

Data: 17/10/2019	<i>Dr. André Meneses</i> Ass. Carimbo Médico/CREMEPE
------------------	---

31/10/2019
USF INDIANO!
ENTREGUE



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 14/11/2019 7:00 Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 310 - LEONARDO MOURA DE GOUVEIA
Agenda.....: 51636

OK

Informações do Paciente

Paciente.....: 1695244 Same.....: 876346
Nome.....: AMAURI SILVA MELO
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 31815400 / Celular: () - Nasc.....: 28/01/1991
Endereço.....: TRAVESSA MONTE SINAIS, 56 - CENTRO - GARANHUNS - PE - Cep: 55294210
Cidade.....: GARANHUNS

Agendado por: THARCYZOLAS

Melero
30 dias

Dr. Leonardo Moura de Gouveia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14908



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 04/11/2019 6:00 Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 376 - RINALDO ROCHA DE LUCENA
Agenda.....: 51505

Informações do Paciente

Paciente.....: 1695244 Same.....:
Nome.....: AMAURI SILVA MELO
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 31815400 / Celular: () - Nasc.....: 28/01/1991
Endereço.....: TRAVESSA MONTE SINAIS, 56 - CENTRO - GARANHUNS - PE - Cep: 55294210
Cidade.....: GARANHUNS

Agendado por: THARCYZOLAS



AMAUARI SILVA MELO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8393321 SDS PE

CNPJ
097.365.624-76

DATA NASCIMENTO
20/01/1991

FILIAÇÃO
JOSE AMAURI DA SILVA
MARIA DULCE SILVA MELO

PROFISSÃO
BANCARÁRIO

ESTADO CIVIL
CASADO

DATA DE EMISSÃO
28/11/2021

VALIDADE
08/05/2017

Nº REGISTRO
06827888701

Amauri Silva Melo

LOCAL
GARANHUNS, PE

DATA EMISSÃO
08/05/2018

ASSINATURA DO TITULAR
[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

PERNAMBUCO

33177961274
PE066223208

VÁLIDO EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1676577770

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676577770

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429203/19

Vítima: AMAURI SILVA MELO

CPF: 097.365.624-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: AMAURI SILVA MELO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros

AMAURI SILVA MELO : 097.365.624-76

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: 03/12/2019
Nome: AMAURI SILVA MELO
CPF: 097.365.624-76

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

AMAURI SILVA MELO

Patrícia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Amauri Silva Melo
Data do Acidente: 29.09.19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 09736562476

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Amauri Silva Melo
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 097.365.624-76
E-mail: amauriosilva@ig.com.br Tel.: (84) 98128 8393
Data: 20.11.2019 Assinatura: Amauri Silva Melo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AGF eaduas Matr. AGF: Rosy Dantas
Atendente: Marcio Rosy Dantas Matr. AGF: 52124423472
Data: 20.11.19 Assinatura: Marcio Rosy Dantas

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429203/19

Vítima: AMAURI SILVA MELO

CPF: 097.365.624-76

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 29/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMAURI SILVA MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AMAURI SILVA MELO : 097.365.624-76

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: 03/12/2019
Nome: AMAURI SILVA MELO
CPF: 097.365.624-76

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

AMAURI SILVA MELO

Patricia Aleixo Silva