

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190073176 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 29/07/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM ANQUILOSE DO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA. COMPLICAÇÃO: ENCURTAMENTO DA TÍBIA, COM ANQUILOSE DO JOELHO. ALTA MÉDICA: 06/02/2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/09/2019

**Conduta mantida:**

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

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 52,5%     | R\$ 7.087,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 52,5 %    | R\$ 7.087,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190073176 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 29/07/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 03/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO (ILIZAROV) E ALTA.  
P 1/3/5/7/10

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @ P 3  
#

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

**Número do Sinistro:** 3190073176

**Vítima:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

**CPF:** 072.762.884-47

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 29/07/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração do Proprietário do Veículo

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/07/2019  
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES  
CPF: 072.762.884-47

\_\_\_\_\_  
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2019  
Nome: DAYON LOIOLA DA SILVA  
CPF: 087.178.797-01

\_\_\_\_\_  
DAYON LOIOLA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

**Número do Sinistro:** 3190073176

**Vítima:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

**CPF:** 072.762.884-47

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 29/07/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2019  
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES  
CPF: 072.762.884-47

\_\_\_\_\_  
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2019  
Nome: Alexandre Tavares Belfort  
CPF: 024.208.707-86

\_\_\_\_\_  
Alexandre Tavares Belfort

---

**Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190073176**

**Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

**Data do Acidente: 29/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

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, 04 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190073176**

**Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

**Data do Acidente: 29/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190073176**

**Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

**Data do Acidente: 29/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190073176                      Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 29/07/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190073176**

**Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

**Data do Acidente: 29/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 29/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

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\$ 7.087,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000004028

Conta: 000003076-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você




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


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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

072.362.884-47

Fernando Leite da Silva Gomes

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                                |                     |                      |                     |                         |
|------------------------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|-------------------------|
| Nome completo<br>Fernando Leite da Silva Gomes |                     | CPF titular da conta |                     | Profissão<br>agricultor |
| Endereço<br>Rua D                              |                     | Número<br>33         | Complemento<br>Casa |                         |
| Bairro<br>Centro Pedreiras                     | Cidade<br>Petrolina | Estado<br>PE         | CEP<br>56300-000    |                         |
| Email                                          |                     | Telefone (DDD)       |                     |                         |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D.V.

CONTA

NRO.

D.V.

4028

013

3-027

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D.V.

CONTA

NRO.

D.V.

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Petrolina, 17 de Janeiro de 2019

Local e Data

Fernando Leite da Silva Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

e: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 17/01/2019

-----  
P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA  
PAG: 001

: 4028 JUSTICA FED.PETROLIN OPER: 013 CONTA: 3.027-4

PERIODO: 17012019 ATE: 17012019 CPF: 072.762.884-47

NOME: FERNANDO LEITE DA SILVA G VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

SALDO EM 16/01/2019 RS 0,00

AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. TEY2F782  
RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

  
**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Hermes Barros Filho  
Técnico Bancário  
Mat. 356.105-2

e: 17/01/2019 Time: 15:44:37

Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA -  
DP214ªCIRC DINTER2/26ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0304002168**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/06/2018 às  
11:31

Complemento do BO nº 17E0304005594

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 29/7/2017 no período da Tarde

Local do fato: ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO PEDRA  
GRANDE, ESTRADA DAS PEDRINHAS - ZONA RURAL  
PETROLINA PERNAMBUCO BRASIL  
VIA PÚBLICA

Assessoria Jurídica, na ocorrência.



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

Sítio: Pedrinhas - SÍTIO PEDRINHAS

Qualificação do(s) envolvido(s) na ocorrência:

MANOEL JOSE DOS SANTOS (presente no plantão) - 28/12/1972 - JOANA  
MARIA DOS SANTOS - JOSE ABILIO DOS SANTOS - 28/12/1972  
PETROLINA PERNAMBUCO BRASIL - 4313461-000 PE (GO)  
77357755472 (CPF) - COLTEIRO(A) - 1º GRAU INCOMPLETO  
PETROLINA(A) - 7302571230

ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO RIO VERDE, POVOADO  
PEDRINHAS - 01:0 - 01:0 - ZONA RURAL - PETROLINA PERNAMBUCO BRASIL  
CONDUCTOR NÃO HABILITADO

1. NÃO INFORMADO

Assessoria Jurídica, na ocorrência. Representante - 01:0 - 01:0  
Assessoria Jurídica, na ocorrência. Representante - 01:0 - 01:0

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES** (presente no plantão) - Sexo: Masculino  
**MARLENE LEITE DA SILVA GOMES** Por: **CARLOS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: 31/01/1983  
 Naturalidade: PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8647624/0DS PE (RG) 87276228447 (CPF) e 10 de Civil SOLTEIRO(A) Nacionalidade: 1º  
 Grau Completo Profissão: ELETRICISTA Telefone Celular: 87931188408

Endereço: (atribuída por esta unidade operacional) IMI PARA EXAME DE CORPO DELITO  
 Endereço: ZONA RURAL DE PETROLINA, 11, RUA B POVOADO DE PEDRINHAS  
 MUN. PETROLINA-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO  
 BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a). **MANOEL JOSE DOS SANTOS**,  
 que estava em posse do(a) Sr(a) **MANOEL JOSE DOS SANTOS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **2 (UNIDADE)** Unidade: **8,00 (REAL)**

Processo: **PQJ7857** (PERNAMBUCO/PETROLINA, CHAMA: **902JC4110CR577214**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2012-2012** Combustível: **ALCOOL**  
 Cor: **PRETA** HONDA/CG 125 FAN KO EM NOME DE: **IGOR DANIEL DOS SANTOS**, CPF: **888862604-21**

Complemento / Observação:

COMPARECEU A ESTA D.P.A. VITIMA, SR. **MANOEL JOSE DOS SANTOS**, NOS  
 COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO (OBS: CONDUTOR NÃO HABILITADO) A  
 MOTOCICLETA, ACIMA DISCRIMINADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E  
 CAIU AO CHÃO. INFORMA TAMBÉM QUE ESTAVA NA COMPANHIA DE UM AMIGO,  
**FERNANDO**, QUE ERA PASSAGEIRO, TAMBÉM MACHUCOU-SE NA QUEDA E AINDA  
 ENCONTRA-SE INTERNADO. APÓS O ACIDENTE AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS  
 PELO SAMU, CONFORME CERTIDÃO 247/2017 E CONDUZIDAS PARA O HOSPITAL DE  
 ENSINO. EM TEMPO: ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA HOJE 27.06.2018 O SR.  
**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES** QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA  
 CITADOS ANTERIORMENTE, QUANDO VIAJAVA COMO GARUPA NA MOTO ACIMA  
 DESCRITA, QUE ERA PILOTADA POR **MANOEL JOSE DOS SANTOS** EM UMA CURVA  
 CAIU DA MOTO E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, TENDO SIDO SOCORRIDO POR  
 EQUIPES DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE,  
 CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 80386163  
 ASSINADO POR DR. **JOAQUIM BEDOR**.

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

**MANOEL JOSE DOS SANTOS**  
 (VITIMA)

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: 3842467214





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC  
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0304002168**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/06/2018** às **11:31**

Complementa o BO Número: **17E0304003594**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **29/7/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SITIO PEDRA GRANDE, ESTRADA DAS PEDRINHAS** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
MANOEL JOSE DOS SANTOS (VITIMA)  
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**

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

**MANOEL JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOANA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSE ABILIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **25/12/1972** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4313401/SDS/PE (RG)**, **77591798472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 87988571236**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SITIO RIO VERDE, POVOADO PEDRINHAS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Detalhes/Observações: **CONDUTOR NAO HABILITADO**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLENE LEITE DA SILVA GOMES** Pai: **CARLOS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **31/1/1983** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9647924/SDS/PE (RG)**, **07276288447 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 87991168408**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**  
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 11, RUA B POVOADO DE PEDRINHAS MUN. PETROLINA-**



**PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**Placa: **PGJ7857** (PERNAMBUCO/PETROLINA) Chassi: **9C2JC4110CR577214**Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**Descrição: **HONDA/CG 125 FAN KS EM NOME DE: IGOR DANIEL DOS SANTOS, CPF 095962604-21**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA D.P A VÍTIMA, SR. MANOEL JOSE DOS SANTOS, NOS COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO (OBS: CONDUTOR NÃO HABILITADO) A MOTOCICLETA, ACIMA DISCRIMINADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU AO CHÃO. INFORMA TAMBÉM QUE ESTAVA NA COMPANHIA DE UM AMIGO, FERNANDO, QUE ERA PASSAGEIRO, TAMBÉM MACHUCOU-SE NA QUEDA E AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO. APOS O ACIDENTE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, CONFORME CERTIDÃO 247/2017 E CONDUZIDAS PARA O HOSPITAL DE ENSINO. EM TEMPO: ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA HOJE 27.06.2018 O SR. FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA CITADOS ANTERIORMENTE, QUANDO VIAJAVA COMO GARUPA NA MOTO ACIMA DESCRITA, QUE ERA PILOTADA POR MANOEL JOSÉ DOS SANTOS EM UMA CURVA CAIU DA MOTO E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, TENDO SIDO SOCORRIDO POR EQUIPES DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 50986165 ASSINADO POR DR. JOAQUIM BEDOR.**

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

**MANOEL JOSE DOS SANTOS  
(VITIMA)****FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES  
(VITIMA)**B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: **3847667**



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC  
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0304002168**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/06/2018** às **11:31**

Complementa o BO Número: **17E0304003594**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **29/7/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO PEDRA GRANDE, ESTRADA DAS PEDRINHAS** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
MANOEL JOSE DOS SANTOS (VITIMA)  
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**

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

**MANOEL JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOANA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSE ABILIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **25/12/1972** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4313401/SDS/PE (RG), 77591798472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 87988571235**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO RIO VERDE, POVOADO PEDRINHAS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Detalhes/Observações: **CONDUTOR NAO HABILITADO**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLENE LEITE DA SILVA GOMES** Pai: **CARLOS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **31/1/1983** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9647924/SDS/PE (RG), 07276288447 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 87991168408**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 11, RUA B POVOADO DE PEDRINHAS MUN. PETROLINA.**



**PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Placa: **PGJ7857** (PERNAMBUCO/PETROLINA) Chassi: **9C2JC4110CR577214**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **HONDA/CG 125 FAN KS EM NOME DE: IGOR DANIEL DOS SANTOS, CPF 093962604-21**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA D.P A VÍTIMA, SR. MANOEL JOSE DOS SANTOS, NOS COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO (OBS: CONDUTOR NÃO HABILITADO) A MOTOCICLETA, ACIMA DISCRIMINADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU AO CHÃO. INFORMA TAMBÉM QUE ESTAVA NA COMPANHIA DE UM AMIGO, FERNANDO, QUE ERA PASSAGEIRO, TAMBÉM MACHUCOU-SE NA QUEDA E AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO. APOS O ACIDENTE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, CONFORME CERTIDÃO 247/2017 E CONDUZIDAS PARA O HOSPITAL DE ENSINO. EM TEMPO: ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA HOJE 27.06.2018 O SR. FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA CITADOS ANTERIORMENTE, QUANDO VIAJAVA COMO GARUFA NA MOTO ACIMA DESCRITA, QUE ERA PILOTADA POR MANOEL JOSÉ DOS SANTOS EM UMA CURVA CAIU DA MOTO E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, TENDO SIDO SOCORRIDO POR EQUIPES DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 50988185 ASSINADO POR DR. JOAQUIM BEDOR.**

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

**MANOEL JOSE DOS SANTOS**  
**(VITIMA)**

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: **3847667**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC  
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0304000947**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2018** às **09:08**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **29/7/2017** às **14:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, PRÓXIMO AO POVOADO DE NOVA  
DESCOBERTA, NESTE MUNICÍPIO.** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO  
/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)  
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO LEITE  
DA SILVA GOMES**



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

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLENE LEITE DA  
SILVA GOMES** Pai: **CARLOS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **31/1/1983** Naturalidade: **PETROLINA /  
PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9647924/SDS/PE (RG), 07276288447 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares:  
- **87991168408**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 11, RUA B POVOADO DE PEDRINHAS MUN. PETROLINA-PE -  
CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL, TRABALHA NA MAJESTOSA  
(CELPE)**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**, que estava  
em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TWISTER** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA.** Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unidade: **(REAL)**

Placa: **0 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Descrição: **NÃO FOI FORNECIDA PLACA NEM CHASSI DA MOTO ENVOLVIDA NO ACIDENTE.**

Complemento / Observação

**INFORMA O SR. FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES DE QUE NO DIA E HORA CITADOS ANTERIORMENTE, QUANDO VIAJAVA COMO GARUPA NA MOTO ACIMA DESCRITA, EM UMA CURVA CAIU DA MOTO E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, TENDO SIDO SOCORRIDO POR EQUIPES DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 50986165 ASSINADO POR DR. JOAQUIM BEDOR.**

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

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: **3847667**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC  
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0304003594**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/10/2017** às **10:38**

Complementado pelo BO Número: **18E0304002168**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **28/7/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO PEDRA GRANDE, ESTRADA DAS PEDRINHAS** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)  
MANOEL JOSE DOS SANTOS (VITIMA)  
FERNANDO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**



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

**MANOEL JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOANA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSE ABILIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **25/12/1972** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4313401/SDS/PE (RG)**, **77591798472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 87988571236**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO RIO VERDE, POVOADO PEDRINHAS - CEP: 0 -**

Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Detalhes/Observações: **CONDUTOR NAO HABILITADO**

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

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGJ7857** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **EM NOME DE: IGOR DANIEL DOS SANTOS, CPF 095962604-21**

**Complemento / Observação**

**COMPARECEU A ESTA D.P A VÍTIMA, SR. MANOEL JOSE DOS SANTOS, NOS COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO (OBS: CONDUTOR NÃO HABILITADO) A MOTOCICLETA, ACIMA DISCRIMINADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU AO CHÃO. INFORMA TAMBÉM QUE ESTAVA NA COMPANHIA DE UM AMIGO, FERNANDO, QUE ERA PASSAGEIRO, TAMBÉM MACHUCOU-SE NA QUEDA E AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO. APOS O ACIDENTE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, CONFORME CERTIDÃO 247/2017 E CONDUZIDAS PARA O HOSPITAL DE ENSINO.**

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

**MANOEL JOSE DOS SANTOS**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **DANIEL DE OLIVEIRA SAMPAIO** - Matrícula: **272808-7**





República Federativa do Brasil  
Registro Civil das Pessoas Naturais

# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

076745 01 55 1992 1 00148 027 0077469 40

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Trinta e um de janeiro de mil novecentos e oitenta e três

DIA  
31

MÊS  
01

ANO  
1983

HORA NASC

06h00min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Petrolina/PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Petrolina/PE

LOCAL DE NASCIMENTO

\* \* \*

SEXO

Masc

FILIAÇÃO

CARLOS GOMES DA SILVA, natural de Petrolina/PE e MARLENE LEITE DA SILVA GOMES, natural de Petrolina/PE

AVÓS

JULIÃO GOMES DA SILVA e ADELAIDE DE OLIVEIRA (paternos) e OSVALDO LEITE DA SILVA e MARIA DE LOURDES LEITE DA SILVA (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e cinco de setembro de mil novecentos e noventa e dois

Nº DE

Não informado

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-148, às folhas 27, sob o nº 77469.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.  
Petrolina/PE, 25 de agosto de 2010

NOME DO OFÍCIO

Serviço de Registro Civil de Pessoas Naturais

OFICIAL REGISTRADOR

Maria Auxiliadora da Silva Tavares

MUNICÍPIO/UF

Petrolina/PE

ENDEREÇO

Rua Augusto de Carvalho Brandão, 48  
Centro

J. Civil

PE

# 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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04028

CONTA: 000000003076-2

---

Nr. da Autenticação 99BDB6794092ADE0

**Registro de Classificação de Risco**  
Protocolo de Manchester

|                                                                                                                                                                      |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                                                     |  |                                     |  |
| Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES                                                                                                                                  |  | Chegada: 29/07/2017 17.06.25        |  |
| Sexo: MASCULINO                                                                                                                                                      |  | Idade: 34                           |  |
| Transporte: SAMU                                                                                                                                                     |  | Data de Nascimento: 31/01/1983      |  |
| <b>Classificação de Risco</b>                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Queixa Principal: ESCORIAÇÕES MEMBROS+ RELATO DE FRATURA EXPOSTA EM MID APOS TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA 1,5H POR PERDA DE CONTROLE. USO BEBIDA ALCOOLICA |  |                                     |  |
| Exatograma: TRAUMA MAIOR                                                                                                                                             |  | Discriminador: FRATURA EXPOSTA      |  |
| Glicemia Capilar                                                                                                                                                     |  | Escala de Coma de Glasgow: 15       |  |
| Parâmetros: Pulso                                                                                                                                                    |  | Ritmo:                              |  |
| Temperatura Timpânica                                                                                                                                                |  | Escala de Dor: 5                    |  |
| Prioridade Clínica: EMERGENTE VERMELHA 0 minutos                                                                                                                     |  | POUCO VERDE Até 120 minutos         |  |
| MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos                                                                                                                                 |  | NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos    |  |
| Branco                                                                                                                                                               |  | BRANCO                              |  |
| Indicação: CIRURGIÃO/ORTOPEDIA. SPO2 96, P 83                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Classificador: NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA                                                                                                                       |  | COREN / CRM: 247087 PE              |  |
| Hora de Início CR: 29/07/2017 17.07.45                                                                                                                               |  | Hora de Fim CR: 29/07/2017 17.09.50 |  |

|                                                  |  |                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| <b>Reclassificação</b>                           |  |                                  |  |
| Queixa Principal:                                |  |                                  |  |
| Exatograma:                                      |  | Discriminado                     |  |
| Glicemia Capilar                                 |  | Escala de Coma de Glasgow:       |  |
| Parâmetros: Pulso                                |  | Ritmo:                           |  |
| Temperatura Timpânica                            |  | Escala de Dor:                   |  |
| Prioridade Clínica: EMERGENTE VERMELHA 0 minutos |  | POUCO VERDE Até 120 minutos      |  |
| MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos             |  | NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos |  |
| Branco                                           |  | BRANCO                           |  |
| Indicação:                                       |  |                                  |  |
| Classificador:                                   |  | COREN / CRM:                     |  |
| Hora de Início CR:                               |  | Hora de Fim CR:                  |  |

Michelle M. C. C. B. P. 19118  
Assistente Administrativo  
RUA W. ASF / EBSEH  
FONE: 219 2952

ASL-0031604/19  
dayon.silva  
26/07/2019 17:49:02

ASL-0031604/19  
dayon.silva  
26/07/2019 17:49:02

At 05. 2018



Força Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOVA FISCAL NATURAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-802  
 CNPJ 10.235.032/0001-06 | Insc. Est. 0503643-53 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 VITORINO GOMES SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 Rua: 31

CPF: 081.755.594-11

1 - LÍTIMO (PAGAMENTO EM DIÁRIAS)  
 PERÍODO INICIAL  
 08/04/2018

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

CONTA GERADA Nº 1176594019 04/2018  
 DATA DE VENCIMENTO 26/04/2018  
 DATA DE PAGAMENTO 21/05/2018  
 TOTAL A PAGAR (R\$) 72,39

CONTA FISCAL Nº 013583711 14/04/2018

APRESENTAÇÃO Nº 18042018 21/05/2018

18042018 21/05/2018 72,39

| DECOMPOSIÇÃO DA NOTA FISCAL     |            |             |             |
|---------------------------------|------------|-------------|-------------|
|                                 | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
| Consumo de Energia              | 101,46 kWh | 1,85        | 187,20      |
| Contribuição de Base de Tarifas |            |             | 4,85        |
| IMPOSTO DE RENDIMENTO           |            |             | 0,23        |
| <b>TOTAL DA FATURA: 72,39</b>   |            |             |             |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |         |            |         |            |           |         |               |
|--------------------------------------------|----------------|---------------|---------|------------|---------|------------|-----------|---------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | Tipo DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA | ATUAL DATA | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | JUSTIÇA | CONSUMO (KWH) |
| 18042018                                   | CL             | 18/04/2018    | 2544,00 | 18/04/2018 | 2544,00 | 30         | 1,85      |         | 55,35         |

| CONSUMO DE ENERGIA |       |         | CONSUMO DE ENERGIA |       |         | CONSUMO DE ENERGIA |       |         |
|--------------------|-------|---------|--------------------|-------|---------|--------------------|-------|---------|
| PERÍODO            | VALOR | UNIDADE | PERÍODO            | VALOR | UNIDADE | PERÍODO            | VALOR | UNIDADE |
| ABR 18             | 101   | KWH     | MAI 18             | 101   | KWH     | JUN 18             | 101   | KWH     |
| JUL 18             | 101   | KWH     | AUG 18             | 101   | KWH     | SET 18             | 101   | KWH     |
| OCT 18             | 101   | KWH     | NOV 18             | 101   | KWH     | DEZ 18             | 101   | KWH     |
| JAN 19             | 101   | KWH     | FEB 19             | 101   | KWH     | MAR 19             | 101   | KWH     |
| ABR 19             | 101   | KWH     | MAI 19             | 101   | KWH     | JUN 19             | 101   | KWH     |
| JUL 19             | 101   | KWH     | AUG 19             | 101   | KWH     | SET 19             | 101   | KWH     |
| OCT 19             | 101   | KWH     | NOV 19             | 101   | KWH     | DEZ 19             | 101   | KWH     |
| JAN 20             | 101   | KWH     | FEB 20             | 101   | KWH     | MAR 20             | 101   | KWH     |
| ABR 20             | 101   | KWH     | MAI 20             | 101   | KWH     | JUN 20             | 101   | KWH     |
| JUL 20             | 101   | KWH     | AUG 20             | 101   | KWH     | SET 20             | 101   | KWH     |
| OCT 20             | 101   | KWH     | NOV 20             | 101   | KWH     | DEZ 20             | 101   | KWH     |
| JAN 21             | 101   | KWH     | FEB 21             | 101   | KWH     | MAR 21             | 101   | KWH     |
| ABR 21             | 101   | KWH     | MAI 21             | 101   | KWH     | JUN 21             | 101   | KWH     |
| JUL 21             | 101   | KWH     | AUG 21             | 101   | KWH     | SET 21             | 101   | KWH     |
| OCT 21             | 101   | KWH     | NOV 21             | 101   | KWH     | DEZ 21             | 101   | KWH     |
| JAN 22             | 101   | KWH     | FEB 22             | 101   | KWH     | MAR 22             | 101   | KWH     |
| ABR 22             | 101   | KWH     | MAI 22             | 101   | KWH     | JUN 22             | 101   | KWH     |
| JUL 22             | 101   | KWH     | AUG 22             | 101   | KWH     | SET 22             | 101   | KWH     |
| OCT 22             | 101   | KWH     | NOV 22             | 101   | KWH     | DEZ 22             | 101   | KWH     |
| JAN 23             | 101   | KWH     | FEB 23             | 101   | KWH     | MAR 23             | 101   | KWH     |
| ABR 23             | 101   | KWH     | MAI 23             | 101   | KWH     | JUN 23             | 101   | KWH     |
| JUL 23             | 101   | KWH     | AUG 23             | 101   | KWH     | SET 23             | 101   | KWH     |
| OCT 23             | 101   | KWH     | NOV 23             | 101   | KWH     | DEZ 23             | 101   | KWH     |
| JAN 24             | 101   | KWH     | FEB 24             | 101   | KWH     | MAR 24             | 101   | KWH     |
| ABR 24             | 101   | KWH     | MAI 24             | 101   | KWH     | JUN 24             | 101   | KWH     |
| JUL 24             | 101   | KWH     | AUG 24             | 101   | KWH     | SET 24             | 101   | KWH     |
| OCT 24             | 101   | KWH     | NOV 24             | 101   | KWH     | DEZ 24             | 101   | KWH     |
| JAN 25             | 101   | KWH     | FEB 25             | 101   | KWH     | MAR 25             | 101   | KWH     |
| ABR 25             | 101   | KWH     | MAI 25             | 101   | KWH     | JUN 25             | 101   | KWH     |
| JUL 25             | 101   | KWH     | AUG 25             | 101   | KWH     | SET 25             | 101   | KWH     |
| OCT 25             | 101   | KWH     | NOV 25             | 101   | KWH     | DEZ 25             | 101   | KWH     |
| JAN 26             | 101   | KWH     | FEB 26             | 101   | KWH     | MAR 26             | 101   | KWH     |
| ABR 26             | 101   | KWH     | MAI 26             | 101   | KWH     | JUN 26             | 101   | KWH     |
| JUL 26             | 101   | KWH     | AUG 26             | 101   | KWH     | SET 26             | 101   | KWH     |
| OCT 26             | 101   | KWH     | NOV 26             | 101   | KWH     | DEZ 26             | 101   | KWH     |
| JAN 27             | 101   | KWH     | FEB 27             | 101   | KWH     | MAR 27             | 101   | KWH     |
| ABR 27             | 101   | KWH     | MAI 27             | 101   | KWH     | JUN 27             | 101   | KWH     |
| JUL 27             | 101   | KWH     | AUG 27             | 101   | KWH     | SET 27             | 101   | KWH     |
| OCT 27             | 101   | KWH     | NOV 27             | 101   | KWH     | DEZ 27             | 101   | KWH     |
| JAN 28             | 101   | KWH     | FEB 28             | 101   | KWH     | MAR 28             | 101   | KWH     |
| ABR 28             | 101   | KWH     | MAI 28             | 101   | KWH     | JUN 28             | 101   | KWH     |
| JUL 28             | 101   | KWH     | AUG 28             | 101   | KWH     | SET 28             | 101   | KWH     |
| OCT 28             | 101   | KWH     | NOV 28             | 101   | KWH     | DEZ 28             | 101   | KWH     |
| JAN 29             | 101   | KWH     | FEB 29             | 101   | KWH     | MAR 29             | 101   | KWH     |
| ABR 29             | 101   | KWH     | MAI 29             | 101   | KWH     | JUN 29             | 101   | KWH     |
| JUL 29             | 101   | KWH     | AUG 29             | 101   | KWH     | SET 29             | 101   | KWH     |
| OCT 29             | 101   | KWH     | NOV 29             | 101   | KWH     | DEZ 29             | 101   | KWH     |
| JAN 30             | 101   | KWH     | FEB 30             | 101   | KWH     | MAR 30             | 101   | KWH     |
| ABR 30             | 101   | KWH     | MAI 30             | 101   | KWH     | JUN 30             | 101   | KWH     |
| JUL 30             | 101   | KWH     | AUG 30             | 101   | KWH     | SET 30             | 101   | KWH     |
| OCT 30             | 101   | KWH     | NOV 30             | 101   | KWH     | DEZ 30             | 101   | KWH     |
| JAN 31             | 101   | KWH     | FEB 31             | 101   | KWH     | MAR 31             | 101   | KWH     |
| ABR 31             | 101   | KWH     | MAI 31             | 101   | KWH     | JUN 31             | 101   | KWH     |
| JUL 31             | 101   | KWH     | AUG 31             | 101   | KWH     | SET 31             | 101   | KWH     |
| OCT 31             | 101   | KWH     | NOV 31             | 101   | KWH     | DEZ 31             | 101   | KWH     |
| JAN 32             | 101   | KWH     | FEB 32             | 101   | KWH     | MAR 32             | 101   | KWH     |
| ABR 32             | 101   | KWH     | MAI 32             | 101   | KWH     | JUN 32             | 101   | KWH     |
| JUL 32             | 101   | KWH     | AUG 32             | 101   | KWH     | SET 32             | 101   | KWH     |
| OCT 32             | 101   | KWH     | NOV 32             | 101   | KWH     | DEZ 32             | 101   | KWH     |
| JAN 33             | 101   | KWH     | FEB 33             | 101   | KWH     | MAR 33             | 101   | KWH     |
| ABR 33             | 101   | KWH     | MAI 33             | 101   | KWH     | JUN 33             | 101   | KWH     |
| JUL 33             | 101   | KWH     | AUG 33             | 101   | KWH     | SET 33             | 101   | KWH     |
| OCT 33             | 101   | KWH     | NOV 33             | 101   | KWH     | DEZ 33             | 101   | KWH     |
| JAN 34             | 101   | KWH     | FEB 34             | 101   | KWH     | MAR 34             | 101   | KWH     |
| ABR 34             | 101   | KWH     | MAI 34             | 101   | KWH     | JUN 34             | 101   | KWH     |
| JUL 34             | 101   | KWH     | AUG 34             | 101   | KWH     | SET 34             | 101   | KWH     |
| OCT 34             | 101   | KWH     | NOV 34             | 101   | KWH     | DEZ 34             | 101   | KWH     |
| JAN 35             | 101   | KWH     | FEB 35             | 101   | KWH     | MAR 35             | 101   | KWH     |
| ABR 35             | 101   | KWH     | MAI 35             | 101   | KWH     | JUN 35             | 101   | KWH     |
| JUL 35             | 101   | KWH     | AUG 35             | 101   | KWH     | SET 35             | 101   | KWH     |
| OCT 35             | 101   | KWH     | NOV 35             | 101   | KWH     | DEZ 35             | 101   | KWH     |
| JAN 36             | 101   | KWH     | FEB 36             | 101   | KWH     | MAR 36             | 101   | KWH     |
| ABR 36             | 101   | KWH     | MAI 36             | 101   | KWH     | JUN 36             | 101   | KWH     |
| JUL 36             | 101   | KWH     | AUG 36             | 101   | KWH     | SET 36             | 101   | KWH     |
| OCT 36             | 101   | KWH     | NOV 36             | 101   | KWH     | DEZ 36             | 101   | KWH     |
| JAN 37             | 101   | KWH     | FEB 37             | 101   | KWH     | MAR 37             | 101   | KWH     |
| ABR 37             | 101   | KWH     | MAI 37             | 101   | KWH     | JUN 37             | 101   | KWH     |
| JUL 37             | 101   | KWH     | AUG 37             | 101   | KWH     | SET 37             | 101   | KWH     |
| OCT 37             | 101   | KWH     | NOV 37             | 101   | KWH     | DEZ 37             | 101   | KWH     |
| JAN 38             | 101   | KWH     | FEB 38             | 101   | KWH     | MAR 38             | 101   | KWH     |
| ABR 38             | 101   | KWH     | MAI 38             | 101   | KWH     | JUN 38             | 101   | KWH     |
| JUL 38             | 101   | KWH     | AUG 38             | 101   | KWH     | SET 38             | 101   | KWH     |
| OCT 38             | 101   | KWH     | NOV 38             | 101   | KWH     | DEZ 38             | 101   | KWH     |
| JAN 39             | 101   | KWH     | FEB 39             | 101   | KWH     | MAR 39             | 101   | KWH     |
| ABR 39             | 101   | KWH     | MAI 39             | 101   | KWH     | JUN 39             | 101   | KWH     |
| JUL 39             | 101   | KWH     | AUG 39             | 101   | KWH     | SET 39             | 101   | KWH     |
| OCT 39             | 101   | KWH     | NOV 39             | 101   | KWH     | DEZ 39             | 101   | KWH     |
| JAN 40             | 101   | KWH     | FEB 40             | 101   | KWH     | MAR 40             | 101   | KWH     |
| ABR 40             | 101   | KWH     | MAI 40             | 101   | KWH     | JUN 40             | 101   | KWH     |
| JUL 40             | 101   | KWH     | AUG 40             | 101   | KWH     | SET 40             | 101   | KWH     |
| OCT 40             | 101   | KWH     | NOV 40             | 101   | KWH     | DEZ 40             | 101   | KWH     |
| JAN 41             | 101   | KWH     | FEB 41             | 101   | KWH     | MAR 41             | 101   | KWH     |
| ABR 41             | 101   | KWH     | MAI 41             | 101   | KWH     | JUN 41             | 101   | KWH     |
| JUL 41             | 101   | KWH     | AUG 41             | 101   | KWH     | SET 41             | 101   | KWH     |
| OCT 41             | 101   | KWH     | NOV 41             | 101   | KWH     | DEZ 41             | 101   | KWH     |
| JAN 42             | 101   | KWH     | FEB 42             | 101   | KWH     | MAR 42             | 101   | KWH     |
| ABR 42             | 101   | KWH     | MAI 42             | 101   | KWH     | JUN 42             | 101   | KWH     |
| JUL 42             | 101   | KWH     | AUG 42             | 101   | KWH     | SET 42             | 101   | KWH     |
| OCT 42             | 101   | KWH     | NOV 42             | 101   | KWH     | DEZ 42             | 101   | KWH     |
| JAN 43             | 101   | KWH     | FEB 43             | 101   | KWH     | MAR 43             | 101   | KWH     |
| ABR 43             | 101   | KWH     | MAI 43             | 101   | KWH     | JUN 43             | 101   | KWH     |
| JUL 43             | 101   | KWH     | AUG 43             | 101   | KWH     | SET 43             | 101   | KWH     |
| OCT 43             | 101   | KWH     | NOV 43             | 101   | KWH     | DEZ 43             | 101   | KWH     |
| JAN 44             | 101   | KWH     | FEB 44             | 101   | KWH     | MAR 44             | 101   | KWH     |
| ABR 44             | 101   | KWH     | MAI 44             | 101   | KWH     | JUN 44             | 101   | KWH     |
| JUL 44             | 101   | KWH     | AUG 44             | 101   | KWH     | SET 44             | 101   | KWH     |
| OCT 44             | 101   | KWH     | NOV 44             | 101   | KWH     | DEZ 44             | 101   | KWH     |
| JAN 45             | 101   | KWH     | FEB 45             | 101   | KWH     | MAR 45             | 101   | KWH     |
| ABR 45             | 101   | KWH     | MAI 45             | 101   | KWH     | JUN 45             | 101   | KWH     |
| JUL 45             | 101   | KWH     | AUG 45             | 101   | KWH     | SET 45             | 101   | KWH     |
| OCT 45             | 101   | KWH     | NOV 45             | 101   | KWH     | DEZ 45             | 101   | KWH     |
| JAN 46             | 101   | KWH     | FEB 46             | 101   | KWH     | MAR 46             | 101   | KWH     |
| ABR 46             | 101   | KWH     | MAI 46             | 101   | KWH     | JUN 46             | 101   | KWH     |
| JUL 46             | 101   | KWH     | AUG 46             | 101   | KWH     | SET 46             | 101   | KWH     |
| OCT 46             | 101   | KWH     | NOV 46             | 101   | KWH     | DEZ 46             | 101   | KWH     |
| JAN 47             | 101   | KWH     | FEB 47             | 101   | KWH     | MAR 47             | 101   | KWH     |
| ABR 47             | 101   | KWH     | MAI 47             | 101   | KWH     | JUN 47             | 101   | KWH     |
| JUL 47             | 101   | KWH     | AUG 47             | 101   | KWH     | SET 47             | 101   | KWH     |
| OCT 47             | 101   | KWH     | NOV 47             | 101   | KWH     | DEZ 47             | 101   | KWH     |
| JAN 48             | 101   | KWH     | FEB 48             | 101   | KWH     | MAR 48             | 101   | KWH     |
| ABR 48             | 101   | KWH     | MAI 48             | 101   | KWH     | JUN 48             | 101   | KWH     |
| JUL 48             | 101   | KWH     | AUG 48             | 101   | KWH     | SET 48             | 101   | KWH     |
| OCT 48             | 101   | KWH     | NOV 48             | 101   | KWH     | DEZ 48             | 101   | KWH     |
| JAN 49             | 101   | KWH     | FEB 49             | 101   | KWH     | MAR 49             | 101   | KWH     |
| ABR 49             | 101   | KWH     | MAI 49             | 101   | KWH     | JUN 49             | 101   | KWH     |
| JUL 49             | 101   | KWH     | AUG 49             | 101   | KWH     | SET 49             | 101   | KWH     |
| OCT 49             | 101   | KWH     | NOV 49             | 101   | KWH     | DEZ 49             | 101   | KWH     |
| JAN 50             | 101   | KWH     | FEB 50             | 101   | KWH     | MAR 50             | 101   | KWH     |
| ABR 50             | 101   | KWH     | MAI 50             | 101   | KWH     | JUN 50             | 101   | KWH     |
| JUL 50             | 101   | KWH     | AUG 50             | 101   | KWH     | SET 50             | 101   | KWH     |
| OCT 50             | 101   | KWH     | NOV 50             | 101   | KWH     | DEZ 50             | 101   | KWH     |
| JAN 51             | 101   | KWH     | FEB 51             | 101   | KWH     | MAR 51             | 101   | KWH     |
| ABR 51             | 101   | KWH     | MAI 51             | 101   | KWH     | JUN 51             | 101   | KWH     |
| JUL 51             | 101   | KWH     | AUG 51             | 101   | KWH     | SET 51             | 101   | KWH     |
| OCT 51             | 101   | KWH     | NOV 51             | 101   | KWH     | DEZ 51             | 101   | KWH     |
| JAN 52             | 101   | KWH     | FEB 52             | 101   | KWH     | MAR 52             | 101   | KWH     |
| ABR 52             | 101   | KWH     | MAI 52             | 101   | KWH     | JUN 52             | 101   | KWH     |
| JUL 52             | 101   | KWH     | AUG 52             | 101   | KWH     | SET 52             | 101   | KWH     |
| OCT 52             | 101   | KWH     | NOV 52             | 101   | KWH     | DEZ 52             | 101   | KWH     |
| JAN 53             | 101   | KWH     | FEB 53             | 101   | KWH     | MAR 53             | 101   | KWH     |
| ABR 53             | 101   | KWH     | MAI 53             | 101   | KWH     | JUN 53             | 101   | KWH     |
| JUL 53             | 101   | KWH     | AUG 53             | 101   | KWH     | SET 53             | 101   | KWH     |
| OCT 53             | 101   | KWH     | NOV 53             | 101   | KWH     | DEZ 53             | 101   | KWH     |
| JAN 54             | 101   | KWH     | FEB 54             | 101   | KWH     | MAR 54             | 101   | KWH     |
| ABR 54             | 101   | KWH     | MAI 54             | 101   | KWH     | JUN 54             | 101   | KWH     |
| JUL 54             | 101   | KWH     | AUG 54             | 101   | KWH     | SET 54             | 101   | KWH     |
| OCT 54             | 101   | KWH     | NOV 54             | 101   | KWH     | DEZ 54             | 101   | KWH     |
| JAN 55             | 101   | KWH     | FEB 55             | 101   | KWH     | MAR 55             | 101   | KWH     |
| ABR 55             | 101   | KWH     | MAI 55             | 101   | KWH     | JUN 55             | 101   | KWH     |
| JUL 55             | 101   | KWH     | AUG 55             | 101   | KWH     | SET 55             | 101   | KWH     |
| OCT 55             | 101   | KWH     | NOV 55             | 101   | KWH     | DEZ 55             | 101   | KWH     |
| JAN 56             | 101   | KWH     | FEB 56             | 101   | KWH     | MAR 56             | 101   | KWH     |
| ABR 56             | 101   | KWH     | MAI 56             | 101   | KWH     | JUN 56             | 101   | KWH     |
| JUL 56             | 101   | KWH     | AUG 56             | 101   | KWH     | SET 56             | 101   | KWH     |
| OCT 56             | 101   | KWH     | NOV 56             | 101   | KWH     | DEZ 56             | 101   | KWH     |
| JAN 57             | 101   | KWH     | FEB 57             | 101   | KWH     | MAR 57             | 101   | KWH     |
| ABR 57             | 101   | KWH     | MAI 57             | 101   | KWH     | JUN 57             | 101   | KWH     |
| JUL 57             | 101   | KWH     | AUG 57             | 101   | KWH     | SET 57             | 101   | KWH     |
| OCT 57             | 101   | KWH     | NOV 57             | 101   | KWH     | DEZ 57             | 101   | KWH     |
| JAN 58             | 101   | KWH     | FEB 58             | 101   | KWH     | MAR 58             | 101   | KWH     |
| ABR 58             | 101   | KWH     | MAI 58             | 101   | KWH     | JUN 58             | 101   | KWH     |
| JUL 58             | 101   | KWH     | AUG 58             | 101   | KWH     | SET 58             | 101   | KWH     |
| OCT 58             | 101   | KWH     | NOV 58             | 101   | KWH     | DEZ 58             | 101   | KWH     |
| JAN 59             | 101   | KWH     | FEB 59             | 101   | KWH     | MAR 59             | 101   | KWH     |
| ABR 59             | 101   | KWH     | MAI 59             | 101   | KWH     | JUN 59             | 101   | KWH     |
| JUL 59             | 101   | KWH     | AUG 59             | 101   | KWH     | SET 59</           |       |         |



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DAOR DANIEL SANTOSRG nº 8.544.205, data de expedição 1/1/Órgão SOS/PC, portador do CPF nº 095.962.604-21, com  
domicílio na cidade de Petrolina, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Atilio Rio Verde, nº SIN.complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Fernando Boete da Silva Gomes cujo o condutor era  
MOISÉS JOSÉ DOS SANTOS.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 125 FAN RSAno: 2012Placa: PEJ 7857Chassi: 9C2JC4110CR577214Data do Acidente: 29/07/2017Local e Data: Atilio Roda Grande, Petrolina, 29/07/2017x DAOR DANIEL DOS SANTOS  
Assinatura do Declarantex Fernando Boete da Silva Gomes

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME:

**IGOR DANIEL DOS SANTOS**

CPF

095.962.604-21

MATRÍCULA:

076745 01 55 2018 4 00125 038 0046448 17

SEXO

Masculino

COR

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteiro, 24 anos

NATURALIDADE

Petrolina-PE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

8.544.205 SDS/PE

ELEITOR

Não

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS e de JOANA MARIA DOS SANTOS. Residência do falecido: Sítio Rio Verde, Pedrinhas, Petrolina-PE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Vinte e dois de julho de dois mil e dezoito, hora ignorada.

DIA

22

MÊS

07

ANO

2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Via pública, Estrada Carroçal, Nova Descoberta, Petrolina-PE

CAUSA DA MORTE

Hemorragia encefálica, Traumatismo crânio encefálico (TCE), Instrumento contundente

SEPULTAMENTO / CRIMAÇÃO

Cemitério do Serrote da Cruz, Petrolina-PE

DECLARANTE

JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS, nacionalidade brasileira, RG Nº 1.855.218 SDS-PE, CPF/MF Nº 225.558.244-15, profissão agricultor, estado civil casado, residente Sítio Rio Verde, Pedrinhas, Petrolina-PE, pai do falecido

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(AM) O ÓBITO

Dr Breno Araújo de Possídio

AVERBAÇÕES - ANOTAÇÕES A ADICIONAR

Ato registrado no livro C-125, às folhas 38, sob o nº 46448. Data do registro: 25 de julho de 2018. Data do óbito: 22 de julho de 2018. Profissão do falecido: agricultor. Data de nascimento do falecido: 8 de julho de 1994. Solteiro. Não deixou bens nem testamento, não era eleitor, não deixou filhos. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

RG Nº 8.544.205 SDS/PE emitido em 29/05/2008, CPF Nº 095.962.604-21

\* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Óbito  
Serviço de Registro Civil

Oficial Registrador  
Marta Auxiliadora da Silva Tavares

Município/UF  
Petrolina/PE

Endereço  
Rua do Coliseu, 206

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Petrolina, 25 de julho de 2018.

Digitado por: Cid Wagner  
"Selo: 0076745.XZK06201801.01461"  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital).

Cartório Registro Civil  
Marta Auxiliadora Silva Tavares  
Oficial  
Rua do Coliseu, nº 206 - Centro  
Fone: (51) 3561-7281, Petrolina-PE

ARPENBRASIL AA 009755995 BRP

## Carta

Eu, Fernando Leite da Silva Gomes, CPF: 072.762.884-47, vítima de acidente de moto, solicitei a Seguradora líder o benefício por invalidez permanente, sinistro: 3190073176, enviei os documentos necessários para receber o benefício, mas ao entrar em contato com a Seguradora líder, esta, informou que não haviam encontrado meus documentos, conforme o número do protocolo de reclamação: 3037306351.

Através desta reclamação foi pedido o envio desses documentos por email.

Ademais, informo que, não há como enviar uma declaração do proprietário do veículo, pois, este faleceu no dia 22.07.2018, conforme certidão de óbito em anexo, antes da data do acidente e por este motivo não há como o proprietário assinar.

Informo também, que não possui o ato declaratório, no qual as autoridades policiais não têm conhecimento.

Petrolina, 19 de julho de 2019.

Fernando Leite da Silva Gomes



HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

Documentação médica - hos



PACIENTE: **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

IDADE: **35A**

DATA DE ADMISSÃO: **07/11/2018**

Nº DE REGISTRO: **50986165**

DATA DE ALTA: **08/11/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

**PSEUDOARTROSE DE TÍBIA  
SEQÜELA DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO**

CID: **M84.1**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

**PACIENTE INTERNADO PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE  
ILIZAROV  
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 07/11/18 ( RETIRADA DE  
MATERIAL)**

**PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL CLINICAMENTE  
FO COM BOM ASPECTO  
MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO**

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

**ANALGESIA + CARGA PROTEGIDA COM MULETAS  
CURATIVO DIÁRIO NA UBS  
RETORNO AMBULATORIAL APÓS 4 SEMANAS**

**OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) NO DIA  
DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).**

**PETROLINA-PE 08/11/2018**

**Marcos Antônio P. C. Queiroz**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20140 TEOT 14609



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA DO RETORNO: (4 semanas)  
07 (SETE) DIAS

HORA: MANHÃ

DIAGNÓSTICO: PSEUDOARTROSE DE TÍBIA  
SEQUELA DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL  
DIREITO

**ATENÇÃO:** Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel:  
(87) 2101-6511

Marcos Aurélio P. C. Queiroz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 157.217/TEST 14520

DATA: 08/11/2018

PROFISSIONAL  
(ASSINATURA E CARIMBO)

**RECEITUÁRIO**NOME: Fernando Leite de S. GomesAlcance médio: 35cm

Declaro para os devidos fins, que o  
paciente supracitado realizou acompanhamento  
ortopédico após trauma no M.D.

Artrorquia pequena pós-traumática  
permanente no M.D.

AO exame: Encurtamento no M.D. (+3cm)  
Rigidez articular no polegar D.  
(Perda de 90º de flexão).

Incapacidade para realizar suas  
atividades laborais

UD: 582.1 / 793.2

Marcos Queiroz  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 20715 / BA 325

DATA: 12.12.18



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

22/09/17

Dr. Cleo Cláudio de Almeida  
Cirurgião Geralista  
CRM 120.714-0/RS  
Médico Responsável  
5229 PE

266710744 859-3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

|                                              |                                 |                                |
|----------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| NOME: <u>FERNANDO LUIZ DA SILVA GOMES</u>    |                                 | DATA INTERNAÇÃO:               |
| DIAGNOSTICO: <u>fratura exposta do 1º TO</u> |                                 | DATA CIRURGIA: <u>20/09/17</u> |
| PROCEDIMENTO: <u>debridamento cirúrgico</u>  |                                 | INÍCIO:                        |
|                                              |                                 | TÉRMINO:                       |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Maurício Pires</u>         | Anestesista: <u>Dr. Adriano</u> |                                |
| CIRURGIÃO:                                   |                                 |                                |
| 1º aux.:                                     | 2º Aux.:                        |                                |
| Anestesia: <u>sedação</u>                    |                                 |                                |

- ① Paciente em posição dorsal
- ② Assentado + anestesiado
- ③ Debridamento da ferida com
- ④ pontos suturais ⑤.
- ⑥ Aplicação de gesso em um
- ⑦ membro
- ⑧ Envio do material para cura
- ⑨ Limpeza com SF 99%
- ⑩ Aproximados dos pontos
- ⑪ Curativo

Michelle Mendes Pereira  
Assistente Administrativo  
HOSPITAL ESSENCIA  
0800-012-9882

Dr. Maurício Pires  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM-PE: 16.823 TEST: 14.589



|                                                                                                                 |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|----------------|--|----------|--|
| SUS                                                                                                             |  | Sistema Único de Saúde      |  | Ministério da Saúde         |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |                                              |  |                                              |  | RUA 1<br>OUT/17                      |  |                |  |          |  |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                                                                       |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 2 - Cód. SUS                         |  |                |  |          |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                         |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 6042414                              |  |                |  |          |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                          |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 4 - Cód. SUS                         |  |                |  |          |  |
| HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS                                                             |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 6042414                              |  |                |  |          |  |
| Identificação do Paciente                                                                                       |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 6 - ACOMPANHANTE                     |  | 7 - PRONTUÁRIO |  |          |  |
| 1 - NOME DO PACIENTE                                                                                            |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | SIM                                  |  | 50986165       |  |          |  |
| ERNANDO LEITE DA SILVA GOMES                                                                                    |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 5 - CNS                                                                                                         |  | 9 - RG                      |  | 10 - CPF                    |  | 11 - NASCIMENTO                                                |  | 12 - SEXO                                    |  | 13 - RAÇA/COR                                |  | 14 - ETNIA                           |  |                |  |          |  |
| 08106591083234                                                                                                  |  |                             |  | 7276288447                  |  | 31/01/1983                                                     |  | M                                            |  | PARDA                                        |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 5 - NOME DA MÃE                                                                                                 |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 16 - TELEFONE DE CONTATO             |  |                |  |          |  |
| MARLENE LEITE DA SILVA GOMES                                                                                    |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 7 - NOME DO RESPONSÁVEL                                                                                         |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 18 - TELEFONE DE CONTATO             |  |                |  |          |  |
|                                                                                                                 |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 9 - ENDEREÇO                                                                                                    |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 21 - CID IBGE                        |  | 22 - UF        |  | 23 - CEP |  |
| RUA B, nº 11 - PEDRINHAS                                                                                        |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  | 2611101                              |  | PE             |  | 56300001 |  |
| 20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                    |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| ETROLINA                                                                                                        |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                                                     |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 4 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                       |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| Dor no joelho dir em varo com fistula e exposição ossea secundario a fratura grave da tibia proximal ha 70 dias |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 5 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                       |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| As mesmas acima                                                                                                 |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 6 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES)                                         |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| Exames ortopédico e raiox                                                                                       |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 0408050870 (M848)<br>0415040027                                                                                 |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                             |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA                                                                        |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 28 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                           |  | 29 - CID 10                 |  | 30 - CID 10 C. ASSOCIADAS   |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 82.1                                                                                                            |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                         |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 1 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                        |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO                                                                        |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 3 - CLÍNICA                                                                                                     |  | 34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  |  | 35 - DOCUMENTO              |  | 36 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF)                                    |  | 37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF)                  |  | 38 - DATA DA SOLICITAÇÃO                     |  | 39 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO) |  |                |  |          |  |
|                                                                                                                 |  |                             |  | ( ) CNS (X) CPF             |  | 67711332572                                                    |  |                                              |  | 12/10/2017                                   |  | 15712/CRLMEPE                        |  |                |  |          |  |
| 7 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                 |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| VLADIMIR ALEXANDRE ALVES PIRES                                                                                  |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                                                  |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                        |  | 43 - CNPJ DA SEGURADORA     |  | 44 - N. BILHETE             |  | 45 - SÉRIE                                                     |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                                                 |  | 46 - CNPJ EMPRESA           |  | 47 - CNAE EMPRESA           |  | 48 - CBOR                                                      |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                                                                |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 9 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                   |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) NÃO SEGURADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO     |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 10 - NOME PROF. AUTORIZADOR                                                                                     |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| AUTORIZAÇÃO                                                                                                     |  |                             |  |                             |  |                                                                |  |                                              |  |                                              |  |                                      |  |                |  |          |  |
| 51 - Cód. Órgão                                                                                                 |  | 52 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) |  | 53 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) |  | 54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO                                       |  | 55 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO) |  | 56 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |                                      |  |                |  |          |  |
|                                                                                                                 |  |                             |  |                             |  | 6-10-17                                                        |  | 9229.02                                      |  | 261110744 8604                               |  |                                      |  |                |  |          |  |

# Descrição Cirúrgica

folha 1/1

Unidade: CENTRO CIRÚRGICO

Data cirurgia: 12/10/2017

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Prontuário: 5098616/5

Idade: 34 anos 8 meses

Sexo: Masculino

Leito: 304B

Convênio: SUS

## 2. EQUIPE

Equipe: RODRIGO DE LIMA LACERDA

CREMEPE: 22162

ORTOPEDIA E

Prof. Substituto: VLADIMIR ALEXANDRE ALVES PIRES

CREMEPE: 15712

TRAUMATOLOGIA

## 3. DIAGNÓSTICO

ASA: II

Pré-Operatório S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

Pós-Operatório S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

## 4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

## 5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 12/10/2017 15:15

Fim: 12/10/2017 16:30

Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA

Técnica Anestésica/Sedação: RAQUI

LIMPA

Observação:

## 6. ACHADOS OPERATÓRIOS

er descrição cirúrgica

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

## 7. DESCRIÇÃO

Incisão medial por planos, desbridamento osseo de osso necrotico e exposto, limpeza do foco com sfo,9%, colocação de fixador externo transarticular, rotação de gastrocnêmio, fechamento por planos com colocação de dreno de penrouse

12/10/2017 16:38

Dr. VLADIMIR ALEXANDRE ALVES PIRES CREMEPE 15712

Micheli Mendes Pereira  
Assessoria Administrativa  
FONE: VASF / EBSEERH  
CNPJ: 219.2982

HU - 05 2017

Dr. Vladimir A. Alves Pires  
CRM-BA 13220  
CRM-PE 15712

EBSEERH

Descrição Cirúrgica

Identificação

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Leito: 304B

5098616/5

Ficha de Atendimento - Emergência

*notificado ATS*

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 50986165

Paciente: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Nome: MARLENE LEITE DA SILVA GOMES

Endereço: RUA B, nº 11 - PEDRINHAS / PETROLINA (PE)

CPF: 708106591083234

Doc. Identificação:

Nasc.: 31/01/1983

Idade: 34

Telefone: (null) null

*Joelma 13/01/17*  
*10/01/17 - via Joelma D.*

ANAMNESE DO MÉDICO

*Parente e amigo de longa data e escolar  
com histórico de queda de moto e polívia  
e porta em M.O. e ferimento na face esquerda  
coluna C6, com alteração de sensibilidade  
C6 = 15*

*lesão + dor na perna*

*HU 05-2017*

*Exatidão: Re de coluna cervical Ap - r  
Re de perna D Ap - r  
Do ortopedico*

*Michele Almeida Costa  
Assistente Administrativo  
HU de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros  
CRMPE 62*

*Depressão C2 = Ap 20  
Exatidão 42, 40  
Do ortopedico*

*Dr. Joaquim Bedor  
Cirurgia Geral / Proctologia  
CRMPE 12532, BA-23044*

*Tentativa Exatidão plto trans D  
ou: tentativa plto trans*

*Dr. Paulo Petrucci  
Ortopedia / Traumatologia  
CRMPE 17762*

Ass. Paciente:

Saída: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Data de Impressão: 29/07/2017

Hora: 17.13

# Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

## Identificação do Paciente

Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES  
 Sexo: MASCULINO  
 Transporte: SAMU

Chegada: 29/07/2017 17.06.25  
 Idade: 34  
 Data de Nascimento: 31/01/1983

## Classificação de Risco

|                     |                                                                                                                                                    |                                            |                                      |                                   |                                        |                    |                     |  |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|--------------------|---------------------|--|
| Queixa Principal:   | ESCORIAÇÕES MEMBROS+ RELATO DE FRATURA EXPOSTA EM MID APOS TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA 1,5H POR PERDA DE CONTROLE. USO BEBIDA ALCOOLICA |                                            |                                      |                                   |                                        |                    |                     |  |
| Exame:              | TRAUMA MAIOR                                                                                                                                       |                                            |                                      |                                   | Discriminador: FRATURA EXPOSTA         |                    |                     |  |
| Parâmetros:         | Glicemia Capilar                                                                                                                                   |                                            | Ritmo:                               |                                   | Sat O2 (%):                            |                    | 15                  |  |
|                     | Pulso                                                                                                                                              |                                            | Escala de Dor: 5                     |                                   | PA                                     |                    |                     |  |
|                     | Temperatura Timpânica                                                                                                                              |                                            |                                      |                                   |                                        |                    |                     |  |
| Prioridade Clínica: | EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 minutos                                                                                                                 | MUITO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos | URGENTE<br>AMARELA<br>Até 60 minutos | POUCO<br>VERDE<br>Até 120 minutos | NÃO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos | BRANCO             |                     |  |
| Fluxograma:         | CIRURGIÃO/ORTOPEDIA. SPO2 96, P 83                                                                                                                 |                                            |                                      |                                   |                                        |                    |                     |  |
| Classificador:      | NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA                                                                                                                    |                                            |                                      | COREN / CRM:                      | 247087 PE                              | Hora de Início CR: | 29/07/2017 17.07.45 |  |
|                     |                                                                                                                                                    |                                            |                                      |                                   |                                        | Hora de Fim CR:    | 29/07/2017 17.09.50 |  |

## Reclassificação

|                     |                                    |                                            |                                      |                                   |                                        |                    |                 |  |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|--------------------|-----------------|--|
| Queixa Principal:   |                                    |                                            |                                      |                                   |                                        |                    |                 |  |
| Exame:              |                                    |                                            |                                      |                                   | Discriminado                           |                    |                 |  |
| Parâmetros:         | Glicemia Capilar                   |                                            | Ritmo:                               |                                   | Sat O2 (%):                            |                    |                 |  |
|                     | Pulso                              |                                            | Escala de Dor:                       |                                   | PA                                     |                    |                 |  |
|                     | Temperatura Timpânica              |                                            |                                      |                                   |                                        |                    |                 |  |
| Prioridade Clínica: | EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 minutos | MUITO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos | URGENTE<br>AMARELA<br>Até 60 minutos | POUCO<br>VERDE<br>Até 120 minutos | NÃO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos | BRANCO             |                 |  |
| Fluxograma:         |                                    |                                            |                                      |                                   |                                        |                    |                 |  |
| Classificador:      |                                    |                                            |                                      | COREN / CRM:                      |                                        | Hora de Início CR: | Hora de Fim CR: |  |

Michelle C. C. S. F. Costa  
 Assistente Administrativo  
 HOSPITAL EBSERH  
 FONE: 249 2962

11.05.2018



HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS  
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus – Centro – Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

SOLICITO:

01 PAR DE MULETAS

PSEUDOARTROSE DE TÍBIA  
SEQUELA DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL  
DIREITO

DATA: 08/11/2018

  
Marcos André P. C. Queiroz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20015 / FORT 14520

PROFISSIONAL  
(ASSINATURA E CARIMBO)

HUNAF  
MISERE



ATESTADO



DECLARAÇÃO

NOME: **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES** IDADE: **35A**

UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF**



ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE **07/11/2018 A 08/11/2018**,  
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO  
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE  
**30(TRINTA)** DIAS DE LICENÇA MÉDICA.



COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E  
NECESSITA DE \_\_\_\_\_ DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CID: **M84.1**

SE DECLARAÇÃO:



COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO \_\_\_\_\_ h,  
SENDO LIBERADO EM SEGUÍDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU À URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE:  
NESTA DATA \_\_\_\_\_

Marcos Arthur P. C. Queiroz  
Otorrinolaringologista  
CRM 20.114 / TEOP 14500

DATA: **08/11/2018**

PROFISSIONAL  
(ASSINATURA E CARIMBO)



HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS  
Av. José de Sá Manicoba s/nº Campus – Centro – Petrolina-PE

**RECEITUÁRIO**

**NOME:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

**SOLICITO**

**FISIOTERAPIA MOTORA**

**PSEUDOARTROSE DE TÍBIA  
SEQUELA DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL  
DIREITO**

**DATA:** 08/11/2018

Marcos Aurélio P. C. Queiroz  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM 317507 14630

**PROFISSIONAL  
(ASSINATURA E CARIMBO)**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 9.647.924 DATA DE EMISSÃO 18/06/2018

NOME << FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES >>

FILIAÇÃO << CARLOS GOMES DA SILVA >>  
<< MARLENÉ LEITE DA SILVA GOMES >>

NATURALIDADE PETROLINA - PE DATA DE NASCIMENTO 31/01/1983

DOC. ORIGEM << 076745 01 55 1992 1 00148 027 >>  
0077469 40 PETROLINA-PE >>

CPF 072.762.884-47

ASSINATURA DO DETENTOR A CÍVIL

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

718004202805153500.8155666 F-BU 94.691 -4423

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SISTEMA ELETRÔNICO DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Carteira de Identidade

Assinatura: Fernando Leite da Silva Gomes

Documentos de identificação



CÓDIGO DE CONTROLE  
792B.1468.8428.06E0



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 16:01:05 do dia 18/06/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
072.762.884-47

Nome  
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Nascimento  
31/01/1983

POLEGAR DIREITO

Assinatura: Fernando Leite da Silva Gomes

ASSINATURA OU IMAGEM DIGITAL DO ELEITOR

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

DATA DE NASCIMENTO 31/01/1983 Nº INSCRIÇÃO 0749 8486 0876 ZONA 144 SEÇÃO 0178

MUNICÍPIO / UF PETROLINA/PE DATA DE EMISSÃO 24/04/2016

Assinatura: Fernando Leite da Silva Gomes



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190073176  
Nome do(a) Examinado(a): Fernando Leite da Silva Gomes  
Endereço do(a) Examinado(a): R D, 31  
Centro Petrolina PE CEP: 56318-830  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 9647924  
Data local do acidente: [ 29/07/2017 ]  
Data local do exame: [ 12/09/2019 ] Petrolina [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**SEQUELA DE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA**  
**Complicações: ENCURTAMENTO DA TÍBIA, COM ANQUILOSE DO JOELHO**  
**Data da Alta: 06/02/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM ANQUILOSE DO JOELHO**
- 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:  
**PERICIANDO EVOLUI COM SEQUELA ANATÔMICA E FUNCIONAL PERMANENTE AO NÍVEL DO JOELHO E PERNA DIREITA.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 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. Manuel Alvaro de Miranda Neto**  
**CPF - 666.614.204-72**  
**CRM/PE - 9976**

  
**Dr. Alvaro Miranda**  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 9976 / TEOT 12306



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 2463 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214A. CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA  
Ofício nº. 23 / 2019 Data 17 / 1 / 2019  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214A. CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 10:01 do dia 17 de Janeiro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES filho(a) de CARLOS GOMES DA SILVA e de MARLENE LEITE DA SILVA GOMES, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Crespo, estado civil Solteiro (a), apresentando a idade de 35 Anos, peso Sobrepeso, de estatura Média, natural de PETROLINA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 9647924, profissão TRABALHADOR RURAL, endereço RUA B, nº 11, complemento: NÃO INFORMADO, bairro PEDRINHAS, telefone (87)9183-1049, PETROLINA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

#### HISTÓRICO:

Periciando comparece ao IML de Petrolina-PE e informa que foi vítima de acidente de trânsito em 29/07/2017 na estrada das Pedrinhas em Petrolina-PE, tendo como consequência fratura exposta da tíbia direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Traz relatório médico datado de 12/12/2018 e assinado pelo médico Marcos Queiroz que informa que o periciando foi submetido a acompanhamento ortopédico após trauma em membro inferior direito (MID), evoluindo com sequelas: encurtamento do MID (+/- 3,0 cm), rigidez articular no joelho direito (perda de 90% da função). Realizou fisioterapia motora em virtude de pseudoartrose da tíbia direita.

#### DESCRIÇÃO

##### Exame Físico:

1-Deambula com auxílio de muletas. 2-Duas cicatrizes hipocrômicas, planas em em face medial da perna direita, medindo a maior delas 20,0 cm de comprimento. 3-Cicatrizes hipocrômicas, planas em face anterior do terço superior da perna direita e em joelho direito. 4-Cicatrizes circulares, deprimidas em face lateral da coxa direita e face medial da perna direita, compatíveis com áreas de fixador externo. 5-Cicatriz hipocrômica, hipertrófica em flanco esquerdo (12,0 cm de comprimento). 6-Rigidez articular em joelho direito, 7-Encurtamento em membro inferior direito.

#### QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias em virtude da fratura em membro inferior direito; Debilidade permanente da marcha em função da rigidez articular do joelho direito.

RELATÓRIO - PETROLINA-PE  
CERTIFICO QUE A PRESENTE  
É CÔPIA FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE, 17 / 01 / 2019  
Rondele 2965257  
Médico e Medica



Dra. Alessandra Pereira Dantas  
Perito Médico Legista  
CRM-PE 18986 Reg. 347854-E



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. Deformidade permanente em função das múltiplas cicatrizes em membro inferior direito e abdome; Enfermidade permanente em virtude da pseudoartrose da tíbia direita; Perda permanente de 90% da função do joelho direito em função da rigidez articular do joelho direito.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina DRª. ALESSANDRA PEREIRA DANTAS - CRM 12986-PE.



Dra. Alessandra Pereira Dantas  
Perita Médica Legista  
CRM-PE 12986, Matr.: 347854-B

Perito responsável

TM 2463/2019



ILAPC - PETROLINA-PE  
CERTIFICO QUE A PRESENTE  
É Cópia FIEL DO ORIGINAL

Petrolina-PE, 17 / 01 / 2019

Ronfude 296525-7  
Nome e Matrícula

| PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME                 |                                           |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                  | BO em cópia simples                       |
| <input type="checkbox"/>                                  | Comprovante de despesas médicas em cópias |
| <input type="checkbox"/>                                  | Certidão de Óbito em cópia simples        |
| <input checked="" type="checkbox"/>                       | Lauda de IML em cópia Simples             |
| Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação |                                           |
| Seguradora LIDER - DPVAT                                  |                                           |

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
seguros do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF: 072.762.884-47

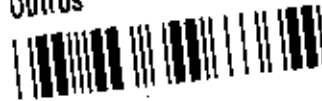
CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/07/2017

Titular do CPF: FERNANDO LEITE DA  
SILVA GOMES

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Outros



### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES : 072.762.884-47

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/01/2019  
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES  
CPF: 072.762.884-47

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019  
Nome: Patricia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Leite da Silva Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.462.884 / 47 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Leite da S. Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.462.884 / 47 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez permanente da Vítima Fernando Leite da Silva Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.462.884 / 47, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                    |                            |                         |                         |
|------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Endereço<br><u>Rua D 31</u>        |                            | Número<br><u>31</u>     | Complemento             |
| Bairro<br><u>Centro, Pedrinhas</u> | Cidade<br><u>Petrolina</u> | Estado<br><u>PE</u>     | CEP<br><u>56300-000</u> |
| Email                              |                            | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)  |

Petrolina 17 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Fernando Leite da Silva Gomes  
Assinatura do Declarante



**CERTIDÃO DE ÓBITO**

**IGOR DANIEL DOS SANTOS**

CPF  
095.962.604-21

MATRÍCULA:  
076745 01 55 2018 4 00125 038 0046448 17

|                               |                                                |                                           |
|-------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| SEXO<br>Masculino             | COR<br>Parda                                   | ESTADO CIVIL E IDADE<br>Solteiro, 24 anos |
| NATURALIDADE<br>Petrópolis-PE | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO<br>8.544.205 SDS/PE | ELEITOR<br>Não                            |

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA  
Filho de JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS e de JOANA MARIA DOS SANTOS. Residência do falecido: Sítio Rio Verde, Pedrinhas, Petrópolis-PE

DATA E HORA DE FALECIMENTO  
Vinte e dois de julho de dois mil e dezoito, hora ignorada.

|           |           |             |
|-----------|-----------|-------------|
| DIA<br>22 | MÊS<br>07 | ANO<br>2018 |
|-----------|-----------|-------------|

LOCAL DE FALECIMENTO  
Via pública, Estrada Carroça, Nova Descoberta, Petrópolis-PE

CAUSA DA MORTE  
Hemorragia encefálica, Traumatismo crânio encefálico (TCE), instrumento contundente

SEPULTAMENTO - CREMAÇÃO  
Cemitério do Serrote da Cruz, Petrópolis-PE

DECLARANTE  
JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS, nacionalidade brasileira, RG Nº 1.855.218 SDS-PE, CPF/MF Nº 226.558.244-15, profissão agricultor, estado civil casado, residente Sítio Rio Verde, Pedrinhas, Petrópolis-PE, pai do falecido

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO  
Dr Breno Araújo de Possidônio

AVERBAÇÕES E ANOTAÇÕES A ACRESCEER  
Até registrado no livro C-125, às folhas 38, sob o nº 46448. Data do registro: 25 de julho de 2018. Data do óbito: 22 de julho de 2018  
Profissão do falecido: agricultor. Data de nascimento do falecido: 8 de julho de 1994. Solteiro. Não deixou bens nem testamento, não era e não deixou filhos. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO  
RG Nº 8.544.205 SDS/PE emitido em 29/05/2008, CPF Nº 095.962.604-21  
As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante

Nome do Oficial  
Serviço de Registro Civil

Oficial Registrador  
Maria Auxiliadora da Silva Tavares

Município/UF  
Petrópolis-PE

Endereço  
Rua do Comércio, 206

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Petrópolis, 25 de julho de 2018.

Digitado por: Cid Wagner  
"Selo: 0076745.XZK06201801.01461"  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital).

Certo  
Data



## COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ( ) DAMS

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Fernando Leite da Silva GomesDATA DO ACIDENTE 29.03.2017 POSSUI CPF (X) SIM ( ) NÃO Nº CPF 072.462.884-41

## 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).

## DOCUMENTOS IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ( ) Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ( ) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( ) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

## 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) ou comprovante de residência nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ( ) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que com os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ( ) Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS E COBERTURA MORTUÁRIA

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ( ) Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, 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 Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (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 DO DOCUMENTO

Portador do documento (Nome) Fernando Leite da Silva GomesQuem é o portador? ☒ Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador

E-mail

Data 19.01.2019Assinatura Fernando Leite da Silva GomesTelefone 9123-1014

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente

Matrícula

Data

Assinatura

XEROX

SECRETARIA DE  
EDUCAÇÃO



MUNICÍPIO DE  
**PETROLINA**  
*constituindo o novo tempo*

**Escola Municipal Francisco Rodrigues de Santana**

Av. Principal, Povoado de Pedrinhas – Setor Pedrinhas  
Autorização de Funcionamento nº 11418 de 15/12/1989  
Cadastro Escolar M. 653.141, Cod. INEP: 260 346 54  
[87] 9920-8547 Núcleo: 38

Escola Municipal Francisco Rodrigues de Santana  
Av. Principal, Povoado de Pedrinhas - Setor Pedrinha  
Autorização de Funcionamento nº 11418 de 15/12/1989  
Cadastro Escolar M. 653.141  
[87] 9920-8547  
Núcleo: 38

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que, **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**, RG. Nº 9647924 SDS/PE, CPF. Nº 072.762.884-47 filho de **CARLOS GOMES DA SILVA** e **MARLENE LEITE DA SILVA**, estudou de 1992 a 2004. O mesmo está com problema de saúde a um ano.

Petrolina, 17 de julho de 2018.

Maria Lucila de Souza Silva  
Gestora  
Mat. 7748

Assinatura do Gestor

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

Número do Sinistro: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF: 072.762.884-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/07/2017

Titular do CPF: FERNANDO LEITE DA  
SILVA GOMES

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro  
Boletim de ocorrência  
Outros

Outros



### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2019  
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES  
CPF: 072.762.884-47

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2019  
Nome: Alexandre Tavares Belfort  
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Costa

Eu, Fernando Leite da Silva Gomes, CPF: 072.762.884-47, vítima de acidente de moto, solicitei a Seguradora Líder o benefício por invalidez permanente, registros: 5190073176. Em resposta à reclamação, protocolo n: 4032491, passou a informar que o nome do proprietário do veículo é IGOR DANIEL DOS SANTOS, CPF 095.962.604-21, no qual já é pleceado, conforme certidão de óbito: 046745 01 55 2018 4 00125 038 0046448 17, o que consta no Boletim de Ocorrência é que o proprietário é Manoel José dos Santos, que por equívoco da autoridade policial ele colocou no Boletim de Ocorrência.

Eu registrei três boletins, mas todos são complementação, com os documentos que estou enviando.

Petrolina, 16 de agosto de 2019.

Fernando Leite da Silva Gomes





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME:

**IGOR DANIEL DOS SANTOS**

CPF  
095.962.604-21

MATRÍCULA:

076745 01 55 2018 4 00125 038 0046448 17

|                             |              |                                                |
|-----------------------------|--------------|------------------------------------------------|
| SEXO<br>Masculino           | COR<br>Parda | ESTADO CIVIL E IDADE<br>Solteiro, 24 anos      |
| LOCALIDADE<br>Petrópolis-PE |              | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO<br>8.544.205 SDS/PE |
|                             |              | ESTADO<br>NÃO                                  |

RELACIONAMENTO E RESIDÊNCIA  
Filho de JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS e de JOANA MARIA DOS SANTOS. Residência do falecido: Sítio Rio Verde, Pedrinhas, Petrolina-PE

DATA E HORA DE FALECIMENTO  
Vinte e dois de julho de dois mil e dezoito, hora ignorada.

|           |           |             |
|-----------|-----------|-------------|
| DIA<br>22 | MÊS<br>07 | ANO<br>2018 |
|-----------|-----------|-------------|

LOCAL DO FALCIMENTO  
Via pública, Estrada Carroça, Nova Descoberta, Petrolina-PE

CAUSA DA MORTE  
Hemorragia encefálica, Traumatismo crânio-encefálico (TCE), instrumento contundente

|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REPÚBLICA DO BRASIL<br>Cartório da Serota da Cruz, Petrolina-PE | DECLARANTE<br>JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS, nacionalidade brasileira, RG Nº 1.655.218 SDS-PE, CPF/MF Nº 228.958.244-15, profissão agricultor, estado civil casado, residente Sítio Rio Verde, Pedrinhas, Petrolina-PE, pai do falecido. |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ASSINATURA E NOME DO(A) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(AM) O ÓBITO  
Dr. Breno Araújo de Passidão

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES A ADICIONAR  
Ata registrada no Livro C-125, às folhas 38, sob o nº 46448. Data do registro: 25 de julho de 2018. Data do óbito: 22 de julho de 2018.  
Profissão do falecido: agricultor. Data de nascimento do falecido: 8 de julho de 1994. Solteiro. Não deixou bens nem testamento, não era eleitor, não deixou filhos. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO  
RG Nº 8.544.205 SDS/PE emitido em 29/05/2008, CPF Nº 095.962.604-21  
\*As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Assinatura do Oficial  
Serviço de Registro Civil

Oficial Registrador  
Maria Auxiliadora da Silva Tavares

Matrícula nº 17  
Petrópolis-PE

Endereço  
Rua do Galvão, 206

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Petrópolis, 25 de julho de 2018.

Assinado por: Cid Wagner

Selo: 0076745 XZK06201801.01461

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

Cartório Registro Civil  
Maria Auxiliadora Silva Tavares  
Oficiala  
Rua do Galvão, Nº 206 - Centro  
Fone: (87) 3361-7381 Petrolina-PE

ARPENBRASIL AA 009755995 BRP

# PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## COBERTURA SOLICITADA

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

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Fernando Lucite da Silva Gomes  
Data do Acidente: 29/07/2017 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 042.762.884-47

## 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](http://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): Fernando Lucite da Silva Gomes  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 042.762.884-47  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.: (84) 99612-3870  
Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: Fernando Lucite da Silva Gomes

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): DEF Nova Jureco Bueno  
Atendente: Porto Matrícula: 9443/07472  
Data: 16/08/17 Assinatura: [Assinatura]

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190073176 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 29/07/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM ANQUILOSE DO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA. COMPLICAÇÃO: ENCURTAMENTO DA TÍBIA, COM ANQUILOSE DO JOELHO. ALTA MÉDICA: 06/02/2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/09/2019

**Conduta mantida:**

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

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 52,5%     | R\$ 7.087,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 52,5 %    | R\$ 7.087,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190073176 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 29/07/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 03/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO (ILIZAROV) E ALTA.  
P 1/3/5/7/10

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @ P 3  
#

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

**Vítima:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

**CPF:** 072.762.884-47

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 29/07/2017

**Titular do CPF:** FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES : 072.762.884-47**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/01/2019  
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES  
CPF: 072.762.884-47

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019  
Nome: Patricia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

# 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: 3190073176 3 - CPF da vítima: 042.762.884-47 4 - Nome completo da vítima: Fernando Leite da Silva Gomes

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

5 - Nome completo: Fernando Leite da Silva Gomes 6 - CPF: 042.762.884-47  
7 - Profissão: Ajudante Pedreiro 8 - Endereço: Rua B 9 - Número: 81 10 - Complemento: caso  
11 - Bairro: Petrolina 12 - Cidade: Petrolina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.347-000  
15 - E-mail: mynenteqranja@yahoo.com.br 16 - Tel. (DDD): (81) 99.194-9633

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4028 CONTA: 00004076 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Petrolina, 10 de Outubro de 2019

Fernando Leite da Silva Gomes  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)