



Link de acesso: [www.celpe.com.br](#)
JOSEFA BEZERRA CA E LVA

CPF: 036 647 084-45

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORADIA

003175624 UNICA 26/01/2016

26/01/2016 2000312705 1822,00

CONTA DE AGUAS
ADRETE BARBOSA ESPINHA
CONTAÇÃO LUNA, RUA

CENTRO MACHADOS
MACHADOS PE
55740-000

7016450568

01/2016

02/02/2016

24/02/2016

TOTAL DA FATURA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

FF11 3390 ABAC BECA EBCE 2804 B782 B0C7

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA

CONTAÇÃO LUNA, RUA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADOS

O Renascer
Uma nova história.



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/09/2016 HORA: 20:55H

EMERGÊNCIA:

REGISTRO:

NOME: Elenildo Arruda da Silva

SEXO: M IDADE: 27A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 10/03/86

ENDEREÇO: Rua: Edson Álvares - Machados

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Luciano A. da Silva

QUEIXAS:

Don e coscora em doblito pinito pinito
Após acidente automobilístico

- Traumatismo de cabeça no local S.F. 0206

- Imobilização

- Voltar no 75 no 1m

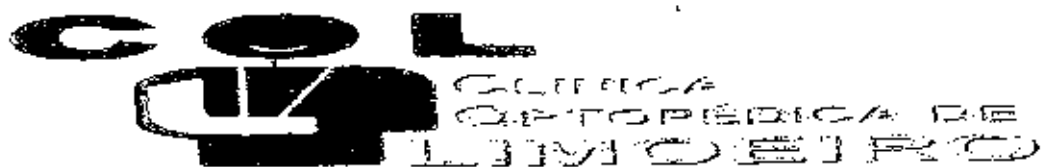
- Du coscora 42 no 1m

- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ TRANSFERIDO
- ☒ OBSERVAÇÃO
- ☐ ÓBITO
- ☐ ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA

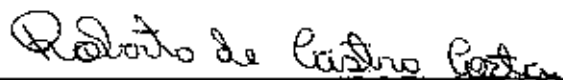


**ORTOPEDIA- TRAUMATOLOGIA FISIOTERAPIA REUMATOLOGIA
NEUROLOGIA RADIOLOGIA GERAL - RX E MAMOGRAFIA DIGITAL
EXAMES LABORATORIAIS DENSITOMETRIA ÓSSEA ULTRASSONOGRAFIA
GERAL E MUSCULOESQUELÉTICA PSICOLOGIA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESPECIALIDADES MÉDICA**

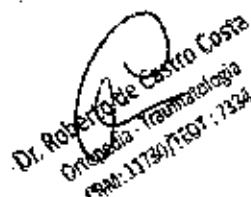
LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ELENILDO ARRUDA DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/02/2016 sofrendo FRATURA DO NAVICULAR PÉ DIREITO submetido a tratamento conservador com imobilização gessada. Atualmente apresenta dor e edema no médio pé direito (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA). Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO , 09/05/2016



ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730


Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730/PE

RUA ANTONIO FERNANDES SALSA, Nº 314 LIMOEIRO-PE FONE: 81 3628-6133
C.N.P.J: 12.230.762/0001-63
e-mail: col.fraturas@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADOS

O Renascer
Uma nova história.



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 21/09/2016 HORA: 20:55H

EMERGÊNCIA:

REGISTRO:

NOME: Elenildo Arruda da Silva

SEXO: M IDADE: 27A ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 10/03/86

ENDEREÇO: Rua: Edson Álvares - Machados

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Luciano A. da Silva

QUEIXAS:

Don e coscora em doblito pinito pinito
APos acidente automobilístico

- Traumatismo de cabeça no local S.F. 0206

- Imobilização

- Voltar no 75 no 1m

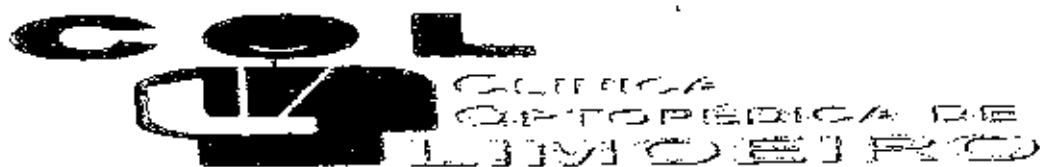
- Du coscora 42 no 1m

- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ TRANSFERIDO
- ☒ OBSERVAÇÃO
- ☐ ÓBITO
- ☐ ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA

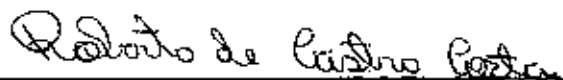


**ORTOPEDIA- TRAUMATOLOGIA FISIOTERAPIA REUMATOLOGIA
NEUROLOGIA RADIOLOGIA GERAL - RX E MAMOGRAFIA DIGITAL
EXAMES LABORATORIAIS DENSITOMETRIA ÓSSEA ULTRASSONOGRAFIA
GERAL E MUSCULOESQUELÉTICA PSICOLOGIA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESPECIALIDADES MÉDICA**

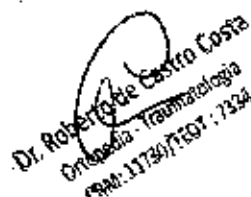
LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ELENILDO ARRUDA DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/02/2016 sofrendo FRATURA DO NAVICULAR PÉ DIREITO submetido a tratamento conservador com imobilização gessada. Atualmente apresenta dor e edema no médio pé direito (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA). Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO , 09/05/2016



ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730


Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730/PE


**RUA ANTONIO FERNANDES SALSA, Nº 314 LIMOEIRO-PE FONE: 81 3628-6133
C.N.P.J: 12.230.762/0001-63
e-mail: col.fraturas@yahoo.com.br**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PERNAMBUCO 06R-29

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Elenildo Arruda da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 7.860.876 20/07/2005

<< ELENILDO ARRUDA DA SILVA >>

<< SEBASTIÃO ARRUDA DA SILVA >>

<< CECILIA DIAS DA SILVA >>

MACHADOS - PE 10/03/1988

<< CN 0721 LAZ F 185V CART DE MACHADOS-PE 05.05.2000 >>

4RL
14/7/06

ASSINATURA DO DETENTOR

Nº 6.26.750982



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

0.00.367.324-08


ELENILDO ARRUDA DA SILVA

00015949

Cartão de identificação pessoal

Este cartão é propriedade exclusiva do Banco do Brasil

FE 1/2006

 **BANCO DO BRASIL**

RECEBIMOS EM 14/07/2006



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Ministério da Infraestrutura

DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 167338435 2015

ADENAR JOSE DA SILVA
MACHADO

390.338.554-29 KL02849

***** 7881 ***** 16731

DATA DE EMISSÃO: 15/10/15

MARCA / MODELO: HONDA / CG 125 PAN KS

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
COM MOTORES DE 50 CM³ E SUPERIORES OU POR SUAS CARGAS E PESSOAS
TRANSPORTADAS DO NÚC. SEGURO DPVAT

PE Nº 012185054211 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADENAR JOSE DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatssegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

MACHADOS - PE 2015 15/10/15

VIA 2 390.338.554-29 KL02849

167338435 HONDA / CG 125 PAN KS

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435

2015 167338435



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE REGISTRO

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE REGISTRO

INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ELENILDO ARRUDA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 27.02.2016 CPF DA VÍTIMA 080.302.524.63
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ELENILDO ARRUDA DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ELENILDO ARRUDA DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EDSON ALVARES
 Nº 102 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL elena.alexandre@ig.com.br TELEFONE (81) 9706-5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

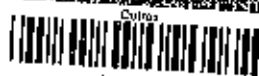
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



COS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES -

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/06/2016
 IDENTIDADE 2857299
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 29-6-16 MATR. CORREIOS _____
 NOME Maria José da Silva Araújo
 AGENTE de Correios Ativ. Com.
 ASSINATURA [Assinatura] Matr. 8.503.240-5

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0989378/16

Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

CPF: 080.302.524-63

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/02/2016

Titular do CPF: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ELENILDO ARRUDA DA SILVA : 080.302.524-63

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 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.

Portador da documentação entregue

Data: 22/07/2016

Nome: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 080.302.524-63

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/07/2016

Nome: ISABEL CRISTINA MODESTO DOS SANTOS

CPF: 015.685.637-95

ELENILDO ARRUDA DA SILVA

ISABEL CRISTINA MODESTO DOS SANTOS

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender

ELENILDO ARRUDA DA SILVA

TELEFONE / Phone Number

(81) 9706-5834

ENDEREÇO / Address

RUA EDSON ALVARES, CENTRO

CEP / Zip

55740000

CIDADE / City

MACHADOS

UF / State

PE

PAIS / Country

RECLAMAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160475209

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Data do acidente: 21/02/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO NAVICULAR DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PÉ 25%

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160475209

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Data do acidente: 21/02/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do navicular do pé direito

Descrição do exame médico pericial: limitação moderada do apoio do pé direito, limitação funcional moderada do pé direito

Resultados terapêuticos: Quadro tratado de forma conservadora, com imobilização gessada, durante 75 dias, quando retirou, e teve alta definitiva para fisioterapia.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE CARLOS DE FRANCA LIMA

CRM do médico: 5916

UF do CRM do médico: PE

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2016

Carta nº: 9487234

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Sinistro: 3160475209 ASL-0989378/16
Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9577635

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Sinistro: 3160475209 ASL-0989378/16
Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta nº: 9720022

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Sinistro: 3160475209 ASL-0989378/16
Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELENILDO ARRUDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000002039-7**

Conta: **000010016194-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160475209 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ELENILDO ARRUDA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA EDSON ALVARES nº 53 - CENTRO - MACHADOS/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7860876 - SSP**
Data local do exame: **02/09/2016 SURUBIM/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura do navicular do pé direito

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Quadro tratado de forma conservadora, com imobilização gessada, durante 75 dias, quando retirou, e teve alta definitiva para fisioterapia.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

limitação moderada do apoio do pé direito, limitação funcional moderada do pé direito

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

pé direito

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - SURUBIM, 02/09/2016

Médico Perito: JOSE CARLOS DE FRANCA LIMA CRM: 5916



Dr. Jose Carlos de Franca Lima
Cardiologia
CRM - PE 5916

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____

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

EU, ELENILDO ARRUDA DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 7.860.876 EXPEDIDO POR SUS-PE EM 99/07/05
CPF 030302524-63 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELENILDO ARRUDA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 021 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2039-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16.194-2

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

Oruba PE, 21 de junho de 2016 Elenildo Arruda da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
10/05/2016 - Autoatendimento - 10:17:42
203971976 0547

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE ELENILDO ARRUDA DA SILVA
AGENCIA: 2039-7 CONTA: 16.194-2
VARIACAO 51
VALOR TOTAL * 50,00
NR. ENVELOPE 2.352.816.843

* Valor sujeito a conferencia.

* Dados do Envelope: nº 2.352.816.843

* acolhido em: 10/05/2016, na Agencia 2039-7.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

RECEBEMOS EM 10/05/2016 A VALOR DE R\$ 50,00



— **ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆԻ ՎԵՐԱԿԱՐԳՈՒՄԸ**

١٥٦١٦

Unidade Operacional 22º BPM		Circunscrição OROBÓ		Data ou Registro 21/02/2016		Hora do Registro 20:55	
Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS						Aviso de Ocorrências do CIOI Nº	
Data (dd/mm/aa) 21/02/2016		Hora (hh:mm) 20:40		<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida		<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	
Circunscrição do Fato OROBÓ		Local Principal da Ocorrência ESTRADA DE TERRA PLANAGEM - VILA MACHADINHO					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM						Número 1	
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA				Bairro ZONA RURAL		CEP 55745-0	
Município OROBÓ		UF PE		Ponto de Referência VILA MACHADINHO			
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPUTADO		<input type="checkbox"/> SUSPEITO		<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> TURIS					
Nome / Razão Social ELENILDO ARRUDA DA SILVA							
Pai SEBASTIÃO ARRUDA DA SILVA							
Mãe CECÍLIA DIAS DA SILVA							
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F		Estado Civil [7]		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 10/03/1985		Idade aparente []		1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	
Escolaridade [7]		1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não informado					
X RG <input type="checkbox"/> CNH 7.850.876		Órgão Expedidor SDA		UF PE		X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? 080.302.824-63	
Órgão Expedidor SRF		Naturalidade MACHADOS - PE					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA EDSON ALVARES						Número CASA	
Bairro CENTRO		CEP 55740-000		Município MACHADOS		UF PE	
Telefone / Contato (DDD-Número)							
Altura Aparente []		1. Até 0,8m 2. 0,8-1,0m 3. 1,1-1,5m		4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,90m 6. Acima de 1,90m		Peso 1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	
4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg		Cor da Pele []		1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela		Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)			
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPUTADO		<input type="checkbox"/> SUSPEITO		<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> TURISTA		<input type="checkbox"/> Sim		<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Nome / Razão Social VALDIR GOMES DA SILVA							
Pai MANOEL FRANCISCO DA SILVA							
Mãe JOSEFA FRANCISCA DA SILVA							
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F		Estado Civil [7]		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento 20/06/1956		Idade aparente []		1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	
Escolaridade [7]		1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não informado					
X RG <input type="checkbox"/> CNH 1.388.112		Órgão Expedidor SSP		UF PE		X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? NÃO PORTAVA	
Órgão Expedidor —		Naturalidade OROBÓ					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) VILA MACHADINHO						Número S/N	
Bairro ZONA RURAL		CEP 55745-000		Município OROBÓ		UF PE	
Telefone / Contato (DDD-Número)							
Altura Aparente []		1. Até 0,8m 2. 0,8-1,0m 3. 1,1-1,5m		4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,90m 6. Acima de 1,90m		Peso 1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg	
4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg		Cor da Pele []		1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela		Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)			
Assinatura do Interessado(a):							
Assinatura do responsável pelo preenchimento:							



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O Nº 16E0216006083

1ª Parte
2ª

Fato	Unidade Operacional	Circunscrição	Data ou Registro	Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas
	22º BPM	OROBÓ	21/02/2016	20:55	02/02
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
Modus Operandi	Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
	Crimes Sexuais?		Estelionato?		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Objeto Envolvido	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
Dados do Veículo	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o motivo do registro do veículo				
	ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO				
Ocorrência	Ao tomar conhecimento de um acidente de trânsito na estrada de terra planagem, na vila Machadinho, a Viatura deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde a motocicleta de placa KLO3849-PE, de propriedade da Sr Adenir Jose da Silva, conduzido pela vítima Elenildo Arruda da Silva, que ao ser trancado por um veículo de placa e condutor não identificado, perdeu o controle e caiu, sofrendo vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Edson Alvares e devido às gravidades dos ferimentos foi transferida para outro centro Hospitalar.				

Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado					
Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
Conductor <input type="checkbox"/> Recebedor		Matrícula	Viatura		Unidade
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(s):		Preenchimento pela Validação	
Matrícula		Ass.:		Matrícula Nº	
Ass.:		Ass.:		Ass.:	
Nome:		Nome:		Nome:	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ/PE, R. Prof. Mariano de Aguiar, 15 - (01)3656.1186. CEF 1602
AUTENTICA, conforme o original apresentado, DOB
PE. Orobó, 20/06/2016. Udo de Souza Maria da
Conceição dos Santos Escrevente do Cartório: R\$
2,78 - TST: R\$ 0,62 - PERC: R\$ 0,32 - Totais:
R\$ 3,72 - oficiomunic@orobó@gmail.com
Belo(s) 0077602.RIF06201601.00605



REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação: MACHADOS - PE		Ceres	
	Unidade Sentinela: H.E.A.		CHES	Vítima N°
	Data do atendimento: 21-02-2016		Número de Registro / Prontuário	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome: ELENILDO ARRUDA DA SILVA			
	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Data de nascimento: 10-03-1986 <input type="checkbox"/> 9 Ignorada	
	Idade: 29 ANOS <input type="checkbox"/> 9 Ignorada		Ocupação: AGRICULTOR <input type="checkbox"/> 9 Ignorada	
	Município de residência: MACHADOS - PE		Código IBGE	
	Raça/cor: <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input checked="" type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente:		Código IBGE	
	Zona de ocorrência: <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
	Endereço do acidente: VILA MACHADINHO			
	Data do acidente:		Hora do acidente:	
	Dia da semana do acidente:		Tipo de veículo:	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG		<input checked="" type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Passageiro	
	<input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA		<input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente	
	<input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX		<input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente	
	<input type="checkbox"/> 7 SAB		<input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Acidente relacionado ao trabalho?		Tipo de acidente:	
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 Colisão lateralmente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
			<input type="checkbox"/> 2 Atropelamento	
			<input checked="" type="checkbox"/> 3 Torção/machucamento	
			<input type="checkbox"/> 6 Outro	
			Outra parte envolvida no acidente:	
		<input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta		
		<input type="checkbox"/> 4 Colônia <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal		
		<input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorada <input checked="" type="checkbox"/> 8 Não se aplica		
		<input type="checkbox"/> 6 Outro		
Fator relacionado ao acidente?		Estado de saúde da vítima antes do acidente:		
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input checked="" type="checkbox"/> 9 Ignorado		
Médico envolvido para conduta?		Outro fator relacionado ao acidente:		
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado				
Medo de sofrer lesão por contusão?		Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela:		
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Resgateiro		
		<input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Copeteiro <input type="checkbox"/> 7 APB <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela:		Transferência do Vítima:		
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 3 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
Evolução:		3 Intenção Hospitalar		
<input type="checkbox"/> 1 Alta <input type="checkbox"/> 2 Encaminhamento Ambulatorial <input type="checkbox"/> 3 Encaminhamento para outro serviço <input type="checkbox"/> 4 Encaminhamento para outro serviço <input type="checkbox"/> 5 Encaminhamento <input type="checkbox"/> 6 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado				
NOTIFICAÇÃO	Responsável pelo preenchimento: Lucia Barbosa Função: Recepcionista			
	Observações:			

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016194-4

Nr. da Autenticação 3A699209D1C7BD4F