
Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701830

Vítima: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABRICIO ALVES CAVALCANTE

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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038647

Vítima: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABRICIO ALVES CAVALCANTE

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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038647

Vítima: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FABRICIO ALVES CAVALCANTE

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038647

Vítima: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABRICIO ALVES CAVALCANTE

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004996

Conta: 0000018730-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **120.037.744-32** 4 - Nome completo da vítima: **FABRICIO ALVES CAVALCANTE**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 461/2012

5 - Nome completo: **FABRICIO ALVES CAVALCANTE** 6 - CPF: **120.037.744-32**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SITIO SALAO** 9 - Número: **300** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **TUPANATINGA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56540-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **87 9.9988-5158**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: _____

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Residência (237) ☐ Itai (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **4996** CONTA: **18730** 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso 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 nascido (há 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

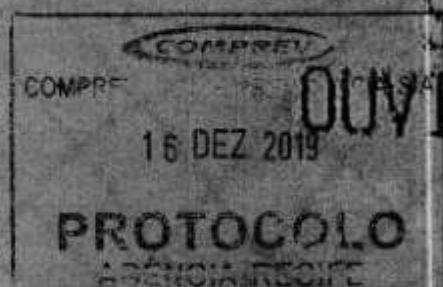
40 - Local e Data, **TUPANATINGA-PE, 13-12-2018**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL



SAC 0800 726 0101

OUVIDORIA 0800 725 7474

333-540827136-2

29/NOV/2019

HORA DE 14:5

: 15.013066-0

TERM: 01

QUALIDADE: TUPANATINGA

VINCULADA: 4996

CONTROLE: 92902

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4996 013 00018730-4

FABRICIO ALVES CAVALCANTE

OR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

333-540827136-2

VIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 120.037.744-32 4 - Nome completo da vítima: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 461/2012

5 - Nome completo: FABRICIO ALVES CAVALCANTE 6 - CPF: 120.037.744-32
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO SALAO 9 - Número: 300 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TUPANATINGA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56540-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87 9.9988-5158

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Rendimento (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4996 CONTA: 18730 4
AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso 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 nascido (há 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º Nome:

CPF:

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

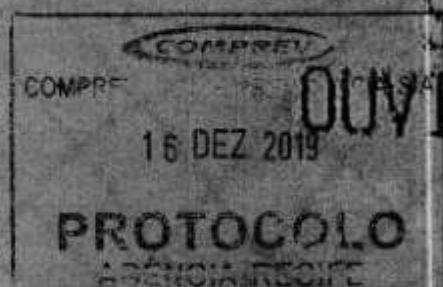
40 - Local e Data, TUPANATINGA-PE, 13-12-2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL



SAC 0800 726 0101

OUVIDORIA 0800 725 7474

333-540827136-2

29/NOV/2019

HORA DE 14:5

: 15.013066-0

TERM: 01

QUALIDADE: TUPANATINGA

VINCULADA: 4996

CONTROLE: 92902

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4996 013 00018730-4

FABRICIO ALVES CAVALCANTE

OR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

333-540827136-2

VIA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 162ª CIRCUNSCRIÇÃO - TUPANATINGA -

DP162ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0252000430

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2019 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 27/10/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, SÍTIO**

MANDACARU, TUPANATINGA/PE. - Bairro: **CENTRO** -

TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR AGENTE)

RENATO ROCHA MOURA (OUTRO)

FABRICIO ALVES CAVALCANTE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

FABRICIO ALVES CAVALCANTE

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

FABRICIO ALVES CAVALCANTE (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:

EULALIA LAURINDO ALVES CAVALCANTI Pai: JOÃO TOME CAVALCANTI Data de

Nascimento: 9/3/1998 Naturalidade: TUPANATINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:

9912286/9DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, SÍTIO LOJAS, TUPANATINGA/PE. -

CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

RENATO ROCHA MOURA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: X Pai: Y

Data de Nascimento: 1/1/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: X Pai: Y Data

de Nascimento: 1/1/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO ROCHA MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABRICIO ALVES CAVALCANTE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDC7898** (PERNAMBUCO/TUPANATINGA) Chassi: **8G2KD1866JR112529**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA, LOCA E HORA JA MENCIONADOS, QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PDC 7898 POR UMA ESTRADA DE TERRA, SENTIDO SITIO MANDACARU / SITIO LOJAS, NESTE MUNICIPIO DE TUPANATINGA/PE, QUANDO UM OUTRO VEICULO MOTOCICLETA DE CONDUTOR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRARIO, INVADIU SUA MÃO DE DIREÇÃO E CAUSOU A QUEDA DE AMBOS SOBRE A ESTRADA, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL, LOGO APÓS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE, APRESENTANDO FERIMENTO NO DEDO MAIOR DO PE ESQUERDO, ALÉM DE UM CORTE NO SUPERCILIO ESQUERDO, QUE DO FERIMENTO NÃO FOI POSSIVEL SALVAR O DEDO DO PE, SENDO NECESSARIO UMA CIRURGIA DE AMPUTACÃO E CORREÇÃO DE UM OUTRO DEDO, QUE O CONDUTOR DO OUTRO VEICULO TOMOU DESTINO IGNORADO APÓS O FATO.

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

Fabricio Alves Cavalcante
FABRICIO ALVES CAVALCANTE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ JOAQUIM DE OLIVEIRA JÚNIOR - MAT. 289123-2**
Matrícula: **289123-2**



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

FABRICIO ALVES CAVALCANTE, brasileiro de ascendência portuguesa, nascido em 10/05/1988, em Tupanatinga/PE, filho de RENATO ROCHA MOURA e JULIANA LAURINDO ALVES, residente e domiciliado em Rua Manoel de Sá, nº 10, bairro Centro, Tupanatinga/PE, CPF nº 000.000.000-00.

RENATO ROCHA MOURA, brasileiro de ascendência portuguesa, nascido em 10/05/1988, em Tupanatinga/PE, filho de RENATO ROCHA MOURA e JULIANA LAURINDO ALVES, residente e domiciliado em Rua Manoel de Sá, nº 10, bairro Centro, Tupanatinga/PE, CPF nº 000.000.000-00.

NÃO SE APLICA (não se aplica o artigo 129, inciso I, do Código de Processo Penal, por não se tratar de crime de natureza pública).

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 162ª CIRCUNSCRIÇÃO - TUPANATINGA -

DP162ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0252000430

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2019 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 27/10/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TUPANATINGA, 1, SÍTIO**

MANDACARU, TUPANATINGA/PE. - Bairro: **CENTRO** -

TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR AGENTE)

RENATO ROCHA MOURA (OUTRO)

FABRICIO ALVES CAVALCANTE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

FABRICIO ALVES CAVALCANTE



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

FABRICIO ALVES CAVALCANTE (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:

EULALIA LAURINDO ALVES CAVALCANTI Pai: JOÃO TOME CAVALCANTI Data de

Nascimento: 9/3/1998 Naturalidade: TUPANATINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:

9812286/9DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TUPANATINGA, 1, SÍTIO LOJAS, TUPANATINGA/PE. -

CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

RENATO ROCHA MOURA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: X Pai: Y

Data de Nascimento: 1/1/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: X Pai: Y Data

de Nascimento: 1/1/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO ROCHA MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABRICIO ALVES CAVALCANTE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDC7898** (PERNAMBUCO/TUPANATINGA) Chassi: **BC2KD1000JR112029**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA, LOCA E HORA JA MENCIONADOS, QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PDC 7898 POR UMA ESTRADA DE TERRA, SENTIDO SITIO MANDACARU / SITIO LOJAS, NESTE MUNICIPIO DE TUPANATINGA/PE, QUANDO UM OUTRO VEICULO MOTOCICLETA DE CONDUTOR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRARIO, INVADIU SUA MÃO DE DIREÇÃO E CAUSOU A QUEDA DE AMBOS SOBRE A ESTRADA, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL, LOGO APÓS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE, APRESENTANDO FERIMENTO NO DEDO MAIOR DO PE ESQUERDO, ALÉM DE UM CORTE NO SUPERCILIO ESQUERDO, QUE DO FERIMENTO NÃO FOI POSSIVEL SALVAR O DEDO DO PE, SENDO NECESSARIO UMA CIRURGIA DE AMPUTACÃO E CORREÇÃO DE UM OUTRO DEDO, QUE O CONDUTOR DO OUTRO VEICULO TOMOU DESTINO IGNORADO APÓS O FATO.

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

Fabricio Alves Cavalcante
FABRICIO ALVES CAVALCANTE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ JOAQUIM DE OLIVEIRA JÚNIOR - MAT. 289123-2**
Matrícula: **289123-2**



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

FABRICIO ALVES CAVALCANTE, brasileiro de ascendência portuguesa, nascido em 10/05/1990, em Tupanatinga, PE, filho de RENATO ROCHA MOURA e JULIANA LAURINDO ALVES, residente e domiciliado em Rua Manoel de Sá, nº 10, bairro Centro, Tupanatinga, PE, CPF nº 000.000.000-00.

RENATO ROCHA MOURA, brasileiro de ascendência portuguesa, nascido em 10/05/1990, em Tupanatinga, PE, filho de RENATO ROCHA MOURA e JULIANA LAURINDO ALVES, residente e domiciliado em Rua Manoel de Sá, nº 10, bairro Centro, Tupanatinga, PE, CPF nº 000.000.000-00.

NÃO SE APLICA (não se aplica o artigo 129, inciso I, do Código de Processo Penal, por não se tratar de crime de natureza pública).

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 120.037.744-32 4 - Nome completo da vítima: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 461/2012

5 - Nome completo: FABRICIO ALVES CAVALCANTE 6 - CPF: 120.037.744-32
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO SALAO 9 - Número: 300 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TUPANATINGA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56540-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87 9.9988-5158

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Rendimento (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4996 CONTA: 18730 4
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso 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 nascido (há 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

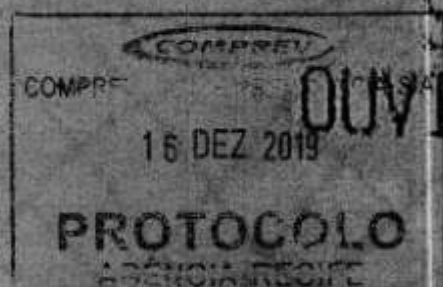
40 - Local e Data, TUPANATINGA-PE, 13-12-2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL



SAC 0800 726 0101

OUVIDORIA 0800 725 7474

333-540827136-2

29/NOV/2019

HORA DE 14:5

: 15.013066-0

TERM: 01

QUALIDADE: TUPANATINGA

VINCULADA: 4996

CONTROLE: 92902

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4996 013 00018730-4

FABRICIO ALVES CAVALCANTE

OR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

333-540827136-2

VIA

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: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04996

CONTA: 000000018730-4

Nr. da Autenticação 71AFE35615D5544C

27/10/18

27/10/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Fabrice Alves Cavalcanti

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Amputação traumática 3º PDE.

Regularização de amputação: 3º PDE.

ALTA MÉDICA?

☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM ☒ NÃO

COMPRES VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JAN 2019

COLO
A RECIFE

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (PERMANENTE) DESEMPENHO DE ATIVIDADES

SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFFECTADO

Amputação traumática 3º PDE. Incapaz de realizar
atividades que exigem esforço com o PDE

João - Brasil

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

gomes

Aracaju

20/11/20

Dizemba

Ortopedia / Traumatologia

[Signature]

61
12
39Hospital do
Tricentário

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

26

Nome: <u>Fabrício Alves Colalante</u>		Ficha nº: <u>26</u>	
Sexo: <u>MASC</u>	Idade: <u>23 anos</u>	Cor: <u>MARROM</u>	Data: <u>27/01/18</u>
Data de nascimento: <u>09/03/1994</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	CPF: <u>000.000.000-00</u>	Hora: <u>22:38</u>
Profissão: <u>AGROPECUÁRIO</u>	Tel.: <u>-</u>	RG: <u>56.540.08</u>	CEP: <u>13.130-000</u>
Endereço: <u>STIO DO DAS</u>	Município: <u>TURMATAINGA</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	
Bairro: <u>URB. DO DAS</u>	CNS: <u>000.000.000-00</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	
Naturalidade: <u>TURMATAINGA</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	
Escolaridade: <u>Alfabetado</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	
Filiação: <u>JOÃO CARLOS ALVES</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	
Acompanhante: <u>JOÃO CARLOS ALVES</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>JOÃO CARLOS ALVES</u>	CNPJ: <u>000.000.000-00</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHAMENTO	
Bombeiro () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()	
Ambulância () Auto ()	Senha: <u>-</u>	UPA () PSF ()	
Moto () Outros: <u>-</u>		Outros ()	

PA: <u>137/52</u>	HGT: <u>1,70</u>	TEMP: <u>36,5</u>	FC: <u>72</u>	SAT02: <u>98</u>
FR: <u>-</u>	Peso: <u>65</u>	Alérgico: <u>Não</u>		

Antecedentes Pessoais/Familiares: Não
Uso de Medicamentos: Não
Situação/Queixa Principal: Febre de 03 dias (Encaminhado)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
() Febre	() Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	() Vermelho
() Vômitos	() Confusão Mental	() Cirurgião	(X) Amarelo
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	(X) Ortopedista	() Verde
() Fadiga	() Taquicardia	() Pediatra	() Azul
() Cefaléia	() Parestesia e/ou paralisia	() Serviço Social	
() Tontura	() Tosse	() Outros: <u>-</u>	Assinatura do Enfermeiro:
() Convulsão	() Dor local		<u>[Assinatura]</u>
() Desmaio	() Queixa urinária		
() Sangramento	() Outras Queixas: <u>-</u>		

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):
<u>Febre de 03 dias</u>
2 - Hipótese Diagnóstica:
<u>de infecção</u>
3 - Exames Solicitados:
<u>201 / 1015 01/18</u>

Assinatura e Identificação do Médico

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO		
Acidente de Trânsito	Acidente de Trabalho	Outros Tipos de Acidentes
Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Fator de Proteção: Cinto/ Capacete ()	Origem: Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Ignorado () Outros: _____	Intoxicação () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico () Outros: _____
Agressão	Autoagressão / Suicídio	Local da Ocorrência
Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancimento () Outro: _____ Modo: Assalto () Ação Policial () Agressão Sexual () Brigas ()	Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda de Nível () Outros: _____	Ambiente de Trabalho () Via Pública () Domicílio () Escola () Ignorado () Outros: _____
NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR (VEH)		
Notificação:	Investigação: Sim () Não ()	Responsável: _____
CONDUTA MÉDICA		
Data/ Hora	Prescrição Médica	Horário de Medicação
	<i>Rx - 1 comprimido 4x ao dia de 3º P.O.</i>	
	<i>[Assinatura]</i> <i>Diogo César de S. Benício</i> <i>Otorrinolaringologista</i> <i>CRA-SP nº 1798</i> <i>REC-SP 15983</i>	
EVOLUÇÃO MÉDICA		
Data/ Hora		
	<i>x 1) 3º P.O. - 500 mg</i>	
	<i>2) Clonazepam 1g - 2x P.O. MAN</i>	
	<i>3) VAL - 0,5mg 4x</i>	
	<i>4) Na 0,9% 200ml</i>	
CONDIÇÕES DE ALTA / TRANSFERÊNCIA		
Melhorado () Óbito () Evasão () Transferência () Indisciplina () A pedido ()	Transferido para: _____ Senha: _____	
Assinatura e Identificação do Médico <i>[Assinatura]</i> <i>Diogo César de S. Benício</i> <i>Otorrinolaringologista</i> <i>CRA-SP nº 1798</i> <i>REC-SP 15983</i>		
Diagnóstico e/ou Primeiro atendimento: AA/H deverá ser obrigatoriamente preenchida nos casos de: Pacientes com período de internação igual ou inferior a 24 horas, transferências e óbito.		

nenho para HRABC, onde foi lavado e em seguida transferido
às 12:21 foi transferido para a Santa do Nascimento
10 anos, com fratura clavicular após ser examinada
e encaminhada para central de leito para hospital
Oliveira de Freitas Santa 5592941. Sendo acompanhado
por técnico nichilum, às 12:54 deu entrada no
Uniterm da Silva com IRC, intestino com obstrução alta
e mesmo após avaliação encaminhado para HAperte e
carcunha, sendo encaminhado para a central de leito Santa
5543005, às 21h. deu entrada no Centro de Diagnóstico
16 anos com abdome distendido, PA 110x70. HGT: 126mg/dl
após avaliação encaminhado para HRABC com Santa 55
13309, plantas calvas, sem intercorrências para o plantão
com setores limpos e organizados, com 01 paciente e
3N em AC com alta prevista para hoje, os internos na CHU,
chaves da farmácia satélite e eletro na gaveta, foram
travados os tripulantes de 09 para o plantão com todos os
setores limpos e organizados. 64

Geane de Andrade Silva
Enfermeira
COREN: 502711

Plantão 24h

27/10/18

Equipe: Médico - Magalhães

Enf - Ana Lúcia Martins

Ac. enfermagem - Gracia + Samara + Valdeice

te. sala de parto - Quiteria

« Recebo plantão com setores limpos e organizado
com 03 pacientes internos (01 CMH e 02 CMO + 03 RN)

« Plantão com vários atendimentos a obstetriz e
Urgências.

« Prunche a PVU da puérpera Helena Pereira de

centro para HRABC, onde foi removido e em seguida transferido
às 13:21 foi transferido para a Sala de Nascimento
10 anos, com fratura clavicular após ser examinada
e encaminhada para central de leito para hospital
Oliveira de Freitas Silva 5592941. Sendo acompanhado
por técnico médico, às 12:54 deu entrada no
Unidade da Silva com IRC, substância com odor forte e
comum após avaliação encaminhado para HAperte e
carceno, sendo encaminhado para a central de leito para
5543005, às 21:4 deu entrada no Centro de Diagnóstico
de 4 anos com abdomen distendido, PA 110x70. H65. 126mg/dL
após avaliação encaminhado para HRABC com senha 55
13302, plantas calvas, sem intercorrências para o parto
com setos limpos e organizados, com 01 recém-nascido e
30 em AC com alta prevista para hoje, 01 interno na CHU,
chaves da permissão telefônica e eletro na gaveta, foram
travados os torções de 09 para o parto com todos os
setos limpos e organizados. 64

Geane de Andrade Silva
Enfermeira
COREN: 502711

Plantão 24h

27/10/18

29 anos, residente na Rua Padre Rolando, que estava sem DNV, ao entrar em contato com o 1º ele disse que estava em transferência no número do ponto, assim pediu p/ mim preencher, 1 de nº: 30-78799299-4 liberado p/ purpure da acina.

volta das 20.45h, deu entrada nesta unidade acineta vítimas de colisão de moto: 1ª vítima o Paulo Romi Geras, 18 anos, sítio mandacaru-aurelino, vítima de colisão de moto, com trauma contuso em supercílio (E) e olho (E), realizou primeiros socorros (limpeza + sutura e curativo) e seguido liberado.

vítima = Maria Graciele paratião de Santos, 18 anos, residente em sítio do Ar. Tupanatinga, vítima de colisão de moto, TA-100x60, FE 78, SPO 97, com episódio de desmaio + vômito e sonolência, Gefo medicado CPM. Segue em observação na Unidade.

vítima = Fabricio Alves Lavallanti, 23 anos, sítio Tupanatinga, vítima de colisão de moto, com contusões em face e MMSS e II, com fratura no 1º metacarpo (E) (p/ esquerdo). Realizado primeiros socorros, (limpeza + curativo) medicado e em seguida encaminhado ao HRRBE com ficha de nº: 5544071.

acompanhado de Fc. Amara.

às 21.45h, deu entrada a gestante Roslene Rodri

es Delgado, 25 anos, residente Sítio Moura, Pol.

da Verde, TA 120x80 mmHg, G1P0 A0, BCF 144 bpm,

o 3/4 cm, DVM- 26/02/18, IG pelo DVM 34 por 5d,

USG 34 semanas, bolsa íntegra, e resultado de exa-

u EAS, infecções do TC. recente, refere dor BV.

após avaliação médica encaminhada, ao Hospital

do Munho em Vitória, com ficha de nº: 5544063.

acompanhada pelo tcn. Quintino.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
TUPANATINGA
TEMPO DE VIVER UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE TUPANATINGA-PE / CNPJ 10.342.688/0001-41
Rua Alto São Félix, 185 Fone: (87) 3856-1604 / (87) 3856-1225
E-mail: hospitaltupanatinga-direcao@hotmail.com

Declaração

Declaro para os devidos fins que em resposta a solicitação do Sr. FABRÍCIO ALVES CAVALCANTE, portador do CPF: 120.037.744.32 RG: 9.912.206, neste município segue em anexo cópia do livro de ocorrência da UMSC assinado e carimbado pela equipe plantonista no referido dia.

Tupanatinga, 21 de Maio de 2019

Reginaldo Rodrigues

Diretor-Geral de Unidade Hospitalar
Portaria nº 074/2018

Direção

VALIDAR EM SEU SITE O IDENTIFICADOR NACIONAL

9.912.206 31/01/2014

9.912.206 31/01/2014

<< FABRÍCIO ALVES CAVALCANTE >>

<< JOÃO TOMÉ CAVALCANTE >>

<< ELAÍJA LAURINDO ALVES CAVALCANTE >>

TUPANATINGA - PE

05/03/1995

<< CN.20206 LA17 F.291 CART. >>

TUPANATINGA-PE 26.08.1999 >>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

02R-50

FABRÍCIO ALVES CAVALCANTE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 120.037.744-32

Nome FABRÍCIO ALVES CAVALCANTE

Nascimento 05/03/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

7A2A.6A0C.A307.A453

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 12.02.24 do dia 31/10/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

COMPROVANTE

16 DEZ 2019

PROTÓCOLO

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMPREU

01A4B3611360

— **OUR PART**

— **MACRAE**

2

016-7688-2

CAMERA

3

207514

100

— **John C. O'Brien**

2003

DATA ON THE...

15

2

5

COM

10

NO OVER

女

800 622 1404

©

— **OPERA** —

1

00

1990年1月1日

— 11 —

100

© 1999 by The McGraw-Hill Companies

100

— 100 —

10-11-12

7

MORRIS LIDEN -

1998

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038647

Cidade: Tupanatinga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

Data do acidente: 27/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Amputação traumática do 3º pododáctilo do pé esquerdo

Descrição do exame físico: Amputação do 3º pododáctilo do pé esquerdo

Resultados terapêuticos: Tratamento cirurgico com regularização do coto de amputação - evoluiu sem complicações- alta médica

Sequelas permanentes: Amputação do 3º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032630/20

Vítima: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

CPF: 120.037.744-32

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABRICIO ALVES CAVALCANTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FABRICIO ALVES CAVALCANTE : 120.037.744-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: FABRICIO ALVES CAVALCANTE
CPF: 120.037.744-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

FABRICIO ALVES CAVALCANTE

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

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: **3200038647**

Nome do(a) Examinado(a): **FABRICIO ALVES CAVALCANTE**

Endereço do(a) Examinado(a): **Sítio Salao, 300 - Tupanatinga - PE - CEP 56540-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9912206**

Data e local do acidente: [**27/10/2018**] **Tupanatinga**

Data e local do exame: [**30/01/2020**] **Garanhuns** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Amputação traumática do 3º pododáctilo do pé esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Amputação do 3º pododáctilo do pé esquerdo

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento cirúrgico com regularização do coto de amputação - evoluiu sem complicações- alta médica

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Amputação do 3º pododáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

3º **pododáctilo esquerdo**

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (**X**) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Cleudo Miranda Filho - CRM: 19091 - PE