

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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno 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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nif 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 N° 485/2012

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 (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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)

Bradesco (230)  Itaú (943)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  4996

CONTA:  18730

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê vivo)?  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 Lider 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 devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34

Impressão digital da Vítima/beneficiário/declarante

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

ROQUE CAVALCANTE

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha: *WESLEY VIANA*  
Assinatura da testemunha: *ROQUE CAVALCANTE*

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data: **TUPANATINGA-PE, 13-12-2019**

*Fabricio Alves Cavalcante*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFARETIZADO TESTEMUNHAS

EXA ECONÔMICA FEDERAL

COMPREF

COMPREF

16 DEZ 2019

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

PROTÓCOLO

ABERTURA RECIFE

333-540827136-2

29/NOV/2019

HORA DF 14:5

15.013066-0

TERM: 01

CALIDADE: 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 É DE ATÉ 30 MINUTOS

333-540827136-2

VIA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nif 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 N° 485/2012

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 (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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)

Bradesco (230)  Itaú (943)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  4996

CONTA:  18730

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê vivo)?  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 Lider 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 289 do Código Penal.

34

Impressão digital da Vítima/beneficiário/declarante

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

ROQUE CAVALCANTE

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

WS VIANA

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

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: **TUPANATINGA-PE, 13-12-2019**

**Fabricio Alves Cavalcante**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFARETIZADO TESTEMUNHAS

EXA ECONÔMICA FEDERAL

COMPREF

COMPREF

16 DEZ 2019

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

PROTÓCOLO

ABERTURA RECIFE

333-540827136-2

29/NOV/2019

HORA DF 14:5

15.013066-0

TERM: 01

CALIDADE: 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 É DE ATÉ 30 MINUTOS

333-540827136-2

VIA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 162º CIRCUNSCRICAO - TUPANATINGA -  
DP162ºCIRC DINTER2/19ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0252000430**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo [Consumado]**  
que aconteceu no dia 27/10/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1. SITIO MANDACARU, TUPANATINGA/PE.** - Bairro: **CENTRO** -  
**TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APPLICA (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 CAVALCANTE** Pai: **JOÃO TOME CAVALCANTE** Data de  
Nascimento: 9/3/1988 Naturalidade: **TUPANATINGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: -  
9812206/3DS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1. SITIOLOJAS, TUPANATINGA/PE.** -  
CEP: 6 - Bairro: **CENTRO** - **TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**RENATO ROCHA MOURA** (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  Pai:  Y Data  
de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**NAO SE APPLICA** (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:  Pai:  Y Data  
de Nascimento: 1/1/1988 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: PDC7886 (PERNAMBUCO/TUPANATINGA) Chassi: 9C2KD1666JR112589  
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018

### Complemento / Observação

VITIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA, LOCAL 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 NAO 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 AMPUTAÇÃO E CORREÇÃO DE UM OUTRO DEDO. QUE O CONDUTOR DO OUTRO VEICULO TOMOU DESTINO IGNORADO APÓS O FATO.

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

4º Oficio de 102 catalente  
**FABRICIO ALVES CAVALCANTE**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: JOSÉ JOAQUIM DE OLIVEIRA JÚNIOR - MAT. 28813  
Matrícula: 28813-2



16 DEC 1967

ESTADO DE SÃO PAULO - REPÚBLICA FEDATIVA DO BRASIL - R. F. P. E. T. DATA

Quintessential English Words /





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 162º CIRCUNSCRICAO - TUPANATINGA -  
DP162ºCIRC DINTER2/19ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0252000430**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo [Consumado]**  
que aconteceu no dia 27/10/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1. SITIO MANDACARU, TUPANATINGA/PE.** - Bairro: **CENTRO** -  
**TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APPLICA (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 CAVALCANTE** Pai: **JOÃO TOME CAVALCANTE** Data de  
Nascimento: 9/3/1988 Naturalidade: **TUPANATINGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: -  
9812206/3DS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1. SITIOLOJAS, TUPANATINGA/PE.** -  
CEP: 6 - Bairro: **CENTRO** - **TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**RENATO ROCHA MOURA** (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  Pai:  Y Data  
de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**NAO SE APPLICA** (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:  Pai:  Y Data  
de Nascimento: 1/1/1988 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: PDC7886 (PERNAMBUCO/TUPANATINGA) Chassi: 9C2KD1666JR112589  
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018

### Complemento / Observação

VITIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA, LOCAL E HORA JA MENCIONADOS, QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PDC 7888 POR UMA ESTRADA DE TERRA, SENTIDO SITIO MANDACARU / SITIO LOJAS, NESTE MUNICIPIO DE TUPANATINGA/PE, QUANDO UM OUTRO VEICULO MOTOCICLETA DE CONDUTOR E PLACA NAO 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 AMPUTAÇÃO E CORREÇÃO DE UM OUTRO DEDO. QUE O CONDUTOR DO OUTRO VEICULO TOMOU DESTINO IGNORADO APÓS O FATO.

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

4º Ofício Dr.ºs Cavalcante  
**FABRICIO ALVES CAVALCANTE**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: JOSÉ JOAQUIM DE OLIVEIRA JÚNIOR - MAT. 28813  
Matrícula: 28813-2



16 DEC 1967

ESTADO DE SÃO PAULO - REPÚBLICA FEDATIVA DO BRASIL - 2019 - SIA SIA

Quintessential English Words /



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nif 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 N° 485/2012

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 (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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)

Bradesco (239)  Itaú (943)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  4996

CONTA:  18730

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê vivo)?  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 Lider 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 devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34

Impressão digital da Vítima/beneficiário/declarante

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

ROQUE CAVALCANTE

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha: *WESLEY VIANA*

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

Assinatura da testemunha: *WESLEY VIANA*

40 - Local e Data: **TUPANATINGA-PE, 13-12-2019**

*Fabricio Alves Cavalcante*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFARETIZADO TESTEMUNHAS

EXA ECONÔMICA FEDERAL

COMPREF

COMPREF

16 DEZ 2019

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

PROTÓCOLO

ABERTURA RECIFE

333-540827136-2

29/NOV/2019

HORA DF 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 É 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:

Fábio Alves Constant

LEGÍVOS RESTITUITOS DO ACIDENTE:

Amputação traumática 3º PDE

Regularização: de amputação: 3º PDE

ALTA MÉDICA?

SIM  NÃO

EXISTE ALGUM DESESSO OU DIFERENÇA PRÉ-EXISTENTE?

SIM  NÃO



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATAVIAS DE  
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL INVALIDEZ:

SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFFECTADO

Amputação traumática 3º PDE, impêde de andar  
A invalidez que exige enfermidade

João - Genuíno

ESTADO DE PERNAMBUCO AUTORIZA A VÍTIMA NO PRAZO DE: 03

genuíno

Dizembro

Ortopedia  
Cirurgia Traumato-Ortopédica  
2019

Anônimo

20/11/20

612-795

Hospital do  
Trabalhador

26

## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome:	Fafings Alves Calvalcante			Ficha nº: 26
Sexo:		Idade: 21 anos	Cor: Morena	Data: 27/10/15
Data de nascimento:	15/03/1994	Estado Civil: Solteiro		Hora: 22:38
Profissão:	Agricultor			CPF:
Enderço:	R. 1000, Bairro: Jardim das Flores, Cidade: Olinda, Estado: Pernambuco, CEP: 56.540-010			RG:
Bairro:				CEP:
Naturalidade:				
Escolaridade: Alfabeto: ( ) 1º Grau: ( ) 2º Grau: ( ) Superior: ( )				
Filiação:	Filho de Fafings Alves e Valdene Alves			
Acompanhante:	Fafings Alves			Resp. pelo preenchimento: ( )
MEIO DE TRANSPORTE				
Bombeiro ( ) SAMU ( )	Andando ( )	Maca ( )	Cadeira de rodas ( )	Hospital ( )
Ambulância ( ) Auto ( )	Senha:			UPA ( ) PSF ( )
Moto ( ) Outros: _____				Outros ( )
PA: 132/52	HGT: _____	TEMP: _____	FC: _____	SATO2: _____
FR: _____	Peso: _____	Alérgico: ( )		
Antecedentes Pessoais/Familiares: ( )				
Uso de Medicamentos: ( )				
Situação/Queixa Principal: ( )				
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS		CLASSIFICAÇÃO
( ) Febre	( ) Dificuldade de Respirar	( ) Clínico Geral	( ) Vermelho	
( ) Vômitos	( ) Confusão Mental	( ) Cirurgião	( ) Amarelo	
( ) Fraqueza	( ) Distúrbios Visuais	( ) Ortopedista	( ) Verde	
( ) Fadiga	( ) Taquicardia	( ) Pediatra	( ) Azul	
( ) Cefaléia	( ) Parästesia e/ou paralisia	( ) Serviço Social		
( ) Tontura	( ) Tosse	( ) Outros: _____	Assinatura do Enfermeiro: ( )	
( ) Convulsão	( ) Dor local			
( ) Desmaio	( ) Queixa urinária			
( ) Sangramento	( ) Outras Queixas: _____			

## DESCRÍÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):

Fadiga e febre após realização

de exercícios

2 - Hipótese Diagnóstica:

Febre / febre de origem

3 - Exames Solicitados:

Assinatura e Identificação do Médico

**PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO**

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 ( ) Espancamento ( ) Outro: _____	Arma de Fogo ( ) Enforcamento ( ) Drogas ( ) Queda de Nível ( ) Outros: _____	Ambiente de Trabalho ( ) Via Pública ( ) Domicílio ( ) Escola ( ) Ignorado ( ) Outros: _____
Modo: Assalto ( ) Ação Policial ( ) Agressão Sexual ( ) Briga ( )		

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR (VEH)

Notificação:  Sim  Não | Responsável:

CONDUÇÃO MÉDICA

## EVOLUÇÃO MÉDICA

Data/ Hora	Atividade	Local	Horário
	1) ZFQG - 1500-16 8		
	2) Cooperativa - 1600-1700 1200		
	3) VAI - 0500-07 8 23 30		
	4) na Rua das Artes 1001		

#### **CONDICÕES DE ALTA / TRANSFERÊNCIA**

Melhorado ( ) Óbito ( ) Evasão ( ) Transferência ( ) Indisciplina ( ) À pedido ( )  
Transferido para: \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

Assinatura e Identificação do Médico

retrô para HABBC, onde foi levado e encaminhado às 12:31. Foi transferida a filha de Santana do Nordeste, 10 anos, com fratura clavicular após ser executada de e socorrida para central de São Paulo para Hospital Olímpia de Freitas Sampaio 5592941. Sendo acompanhada por: Dr. Júnior Pichellon, às 12:51 da entrada levado diretamente da Selva com IAC, subestimado com obstrução alta e mesmo após avaliação encaminhado para HABPC e curado, sendo recebido para a central de São Paulo 5543005, às 21:41 da saída para Resende de Oliveira 16 anos com abdome distendido, PA 110x70. HGT. 126cm/50kg, após avaliação encaminhado para HABBC com unha 5543302, plantas calmos, sem alterações para o paciente com setores limpos e organizados, com 01 reárea, e 3N em AC com alta prevista para hoje, 01 interno na CMM, chaves da farmácia faltando e eletrônicos gaveta, foram tirados 03 torpedos de 09 para o paciente com todo o seu setor limpo e organizado.

Filme de Andrade Silva  
Infermaria  
COREN: 502711

Plantão 24h

27/10/18

Equipe: Mídico - Magalhães

Enfermeiro - Ana Leticia Martins

Enfermeira - Graciele Samanez Valadilice  
Tec. sala de parto - Quintino

- Recebe plantão com setores limpos e organizados com 03 pacientes internos (02 CMM e 01 CRM + 01 RN).
- Plantão com vários atendimentos a ambulatórios e Urgências.
- Prendi a DNU da enfermeira Helena Pereira de

cenho para HRABC, onde foi levado e encaminhado para transferência às 12:30. Foi transferido Adiele Santana do Nascimento, 20 anos, com ferimento óbvio e aparente, ferido exame da e suspeita por central. Foi para hospital Ótico de Tríptico Sínica 5592941. Bem acompanhado por amigos familiares, às 12:50 desse exame levado levaram da Selva com IAC, subindo com obstrução alta e negra. Após exames encaminhado para HRABC em cima, sendo encaminhado para a central de batalha 5543005, às 21:45 desse exame. Pessoas pegadas de Diárias 26 anos com abdome distendido, PA 110x70. HbT. 126mg/dL, aps exames encaminhado para HRABC com reba 554302, placas calcificadas, sem enterorrenas para o plenário com fôtons limpos e organizados, com 01 pílula e 3N em AC com alto risco para frangos, 01 intubado na CIR, chaves da ferraria satélite e eletrônicos na gaveta, foram trocados 03 torpedos de 09. para o plenário com todos cheios setores limpos e organizados. 646

Genie de Andrade Silva  
Intendência  
COREN: 502711

Plantão 24h

27/10/18

29 anos, residente na Rue Paul Rebouças,  
que estava feroz DNU, ao entrar em contato com  
16º ele disse que era uma frustração no  
mundo do ponto, assim pediu plm mim prelúcio,  
) de n° 30-78799299-4 liberado p' purpura  
de arcos

volta das 20:45h, dei entrada nessa unidade  
sobre as victimas da colisão de moto: 1º vitima  
do Paulo Tomé Gomes, 18 anos, situado na  
rua Antônio, vítima de colisão de moto, com  
tra contuso em supercilio (E) e oido (F), realizo  
primeiros socorros (limpeza + sutura e curativo)  
e seguidas liberado.

vítima = Maria Graciele Maranhão da Santes, 18  
a, residente no bairro do Jap. Tupanatinga, vítima  
colisão de moto, TA-100x60, FE 78, SPO 97,  
experiências de dor-maior + vômito, sonolência, gefo-  
medicado c PM. Segue em observação na Unidade.

vítima = Fabricio Alves lavaílante, 23 anos, situado  
na Tupanatinga, vítima de colisão de moto, com  
concessão em face e MSSST, com fratura no  
pododíctilo (E) (perisquero). Realizado primeiros  
socorros (limpeza + curativo) medicado e em  
seguida encaminhado ao HRRB com pele de  
n° 5544071 - acompanhado de Técnico. Lamas.

Às 21:45h, dei entrada a gestante Rosângela Rosâ-  
n Delgado, 25 anos, residente Sítio Manauá, Pau-  
lata Verde, TA-120x80 mímico, GSPD 40, BCF 144 bpm,  
23/4cm, DVM- 26/02/18, IG pelo DVM 34pm 5d,  
USG 34pm 5d, balse integro, e resultado da exa-  
m EAS: ípofos do T.O. normais, refere do BV.

Após avaliações médicas encaminhada, ao Hospital  
Municipal de Ubatuba, com pele de n° 5544063.  
acompanhado pelo Técnico Quintino.



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**TUPANATINGA**  
TEMPO DE VIVER UMA NOVA HISTÓRIA

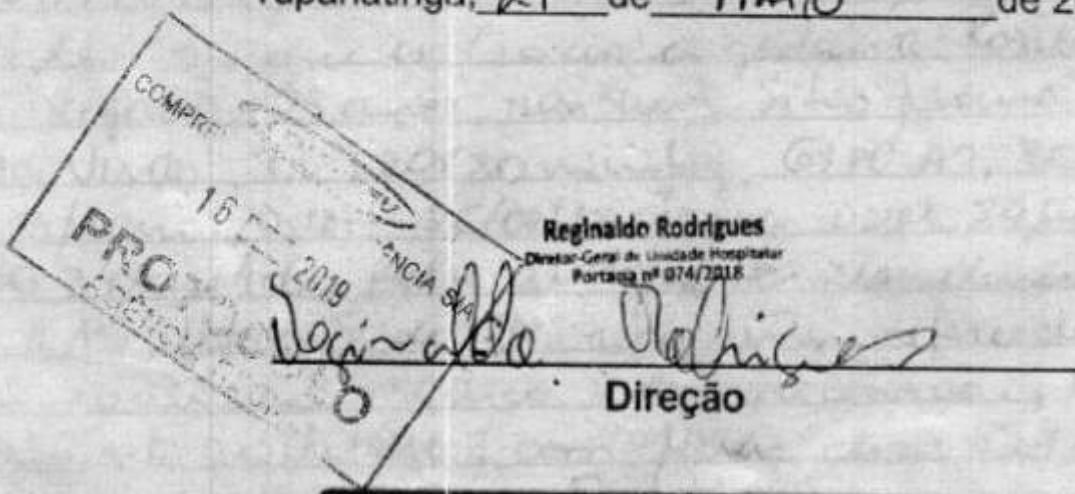
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

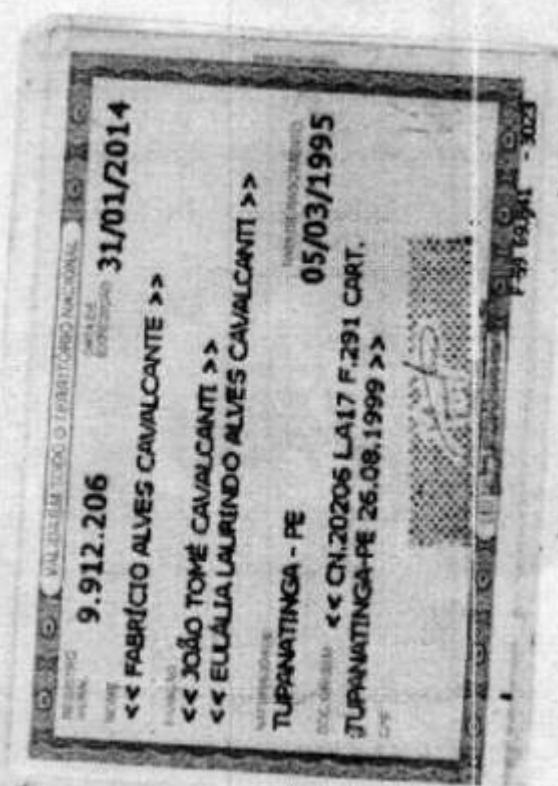
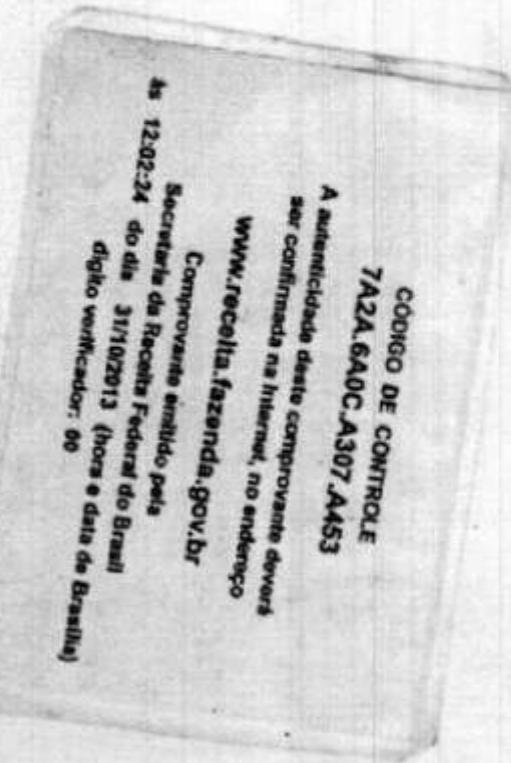
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE TUPANATINGA-PE / CNPJ 10.342.688/0001-41  
Rua Alto São Félix, 185 Fone: (87) 3856-1604 / (87) 3856-1225  
E-mail: hospitaltupanatinga-direcao@hotmail.com

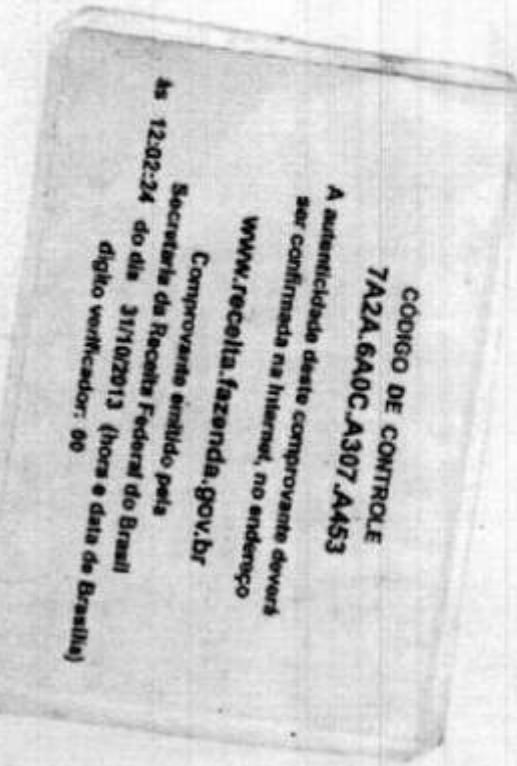
**Declaração**

Declaro para os devidos fins que em resposta a solicitação do Sr. Fábio Alves Carneiro, portador do CPF: 120.031.444.32 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









# 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 cirúrgico 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
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032630/20

**Vítima:** FABRICIO ALVES CAVALCANTE

**CPF:** 120.037.744-32

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/10/2018

FABRICIO ALVES  
CAVALCANTE

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## 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](http://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): **Sitio 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?

[ **X** ] 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)?

[ **X** ] 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 (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

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

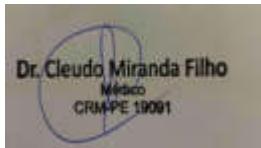
Região Corporal (Sequela):

% 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