



Número: **0036204-11.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABRICIO ALVES CAVALCANTE (AUTOR)		EWEYSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68311133	21/09/2020 17:15	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Carta nº 15251994





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Carta nº 15412497

Pag. 00049/00050 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Pag. 01853/01854 - carta_02 - INVALIDEZ

00060927



Carta nº 15428653





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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 485/2012

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
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Bradesco (235)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4996

CONTA: 18733

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

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 da Seguradora LIDER 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 CIV) ☐ 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 (nascituro)? ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário autenticado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura de testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

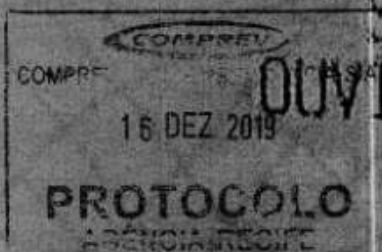
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



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 É 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 485/2012

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
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Bradesco (235)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4996

CONTA: 18733

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

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 da Seguradora LIDER 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 CIV) ☐ 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 (a) nascido(a)? ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário autenticado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura de testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

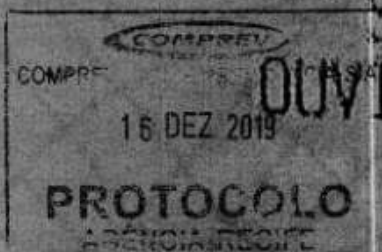
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



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 CRÉDITO NA CONTA É 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: 02/1988 Naturalidade: TUPANATINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9812206/3DS/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: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: X Pai: Y Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(o) 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: **PDG7896** (PERNAMBUCO/TUPANATINGA) Chassi: **8C2KD1866JR112039**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA, LUGAR E HORA JA MENCIONADOS, QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA POC 7886 POR UMA ESTRADA DE TERRA, SENTIDO SÍTIO MANDACARU / SÍTIO 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, LÓGO 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
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSÉ JOAQUIM DE OLIVEIRA JÚNIOR - MAT. 288123-2
Matrícula: 288123-2



FABRICIO ALVES DAVALCANTE
 TULALIA LAURENÇO ALVES
 1980-1981
 1982-1983
 1984-1985
 1986-1987
 1988-1989
 1990-1991
 1992-1993
 1994-1995
 1996-1997
 1998-1999
 2000-2001
 2002-2003
 2004-2005
 2006-2007
 2008-2009
 2010-2011
 2012-2013
 2014-2015
 2016-2017
 2018-2019
 2020-2021
 2022-2023
 2024-2025
 2026-2027
 2028-2029
 2030-2031
 2032-2033
 2034-2035
 2036-2037
 2038-2039
 2040-2041
 2042-2043
 2044-2045
 2046-2047
 2048-2049
 2050-2051
 2052-2053
 2054-2055
 2056-2057
 2058-2059
 2060-2061
 2062-2063
 2064-2065
 2066-2067
 2068-2069
 2070-2071
 2072-2073
 2074-2075
 2076-2077
 2078-2079
 2080-2081
 2082-2083
 2084-2085
 2086-2087
 2088-2089
 2090-2091
 2092-2093
 2094-2095
 2096-2097
 2098-2099
 2100-2101
 2102-2103
 2104-2105
 2106-2107
 2108-2109
 2110-2111
 2112-2113
 2114-2115
 2116-2117
 2118-2119
 2120-2121
 2122-2123
 2124-2125
 2126-2127
 2128-2129
 2130-2131
 2132-2133
 2134-2135
 2136-2137
 2138-2139
 2140-2141
 2142-2143
 2144-2145
 2146-2147
 2148-2149
 2150-2151
 2152-2153
 2154-2155
 2156-2157
 2158-2159
 2160-2161
 2162-2163
 2164-2165
 2166-2167
 2168-2169
 2170-2171
 2172-2173
 2174-2175
 2176-2177
 2178-2179
 2180-2181
 2182-2183
 2184-2185
 2186-2187
 2188-2189
 2190-2191
 2192-2193
 2194-2195
 2196-2197
 2198-2199
 2200-2201
 2202-2203
 2204-2205
 2206-2207
 2208-2209
 2210-2211
 2212-2213
 2214-2215
 2216-2217
 2218-2219
 2220-2221
 2222-2223
 2224-2225
 2226-2227
 2228-2229
 2230-2231
 2232-2233
 2234-2235
 2236-2237
 2238-2239
 2240-2241
 2242-2243
 2244-2245
 2246-2247
 2248-2249
 2250-2251
 2252-2253
 2254-2255
 2256-2257
 2258-2259
 2260-2261
 2262-2263
 2264-2265
 2266-2267
 2268-2269
 2270-2271
 2272-2273
 2274-2275
 2276-2277
 2278-2279
 2280-2281
 2282-2283
 2284-2285
 2286-2287
 2288-2289
 2290-2291
 2292-2293
 2294-2295
 2296-2297
 2298-2299
 2300-2301
 2302-2303
 2304-2305
 2306-2307
 2308-2309
 2310-2311
 2312-2313
 2314-2315
 2316-2317
 2318-2319
 2320-2321
 2322-2323
 2324-2325
 2326-2327
 2328-2329
 2330-2331
 2332-2333
 2334-2335
 2336-2337
 2338-2339
 2340-2341
 2342-2343
 2344-2345
 2346-2347
 2348-2349
 2350-2351
 2352-2353
 2354-2355
 2356-2357
 2358-2359
 2360-2361
 2362-2363
 2364-2365
 2366-2367
 2368-2369
 2370-2371
 2372-2373
 2374-2375
 2376-2377
 2378-2379
 2380-2381
 2382-2383
 2384-2385
 2386-2387
 2388-2389
 2390-2391
 2392-2393
 2394-2395
 2396-2397
 2398-2399
 2400-2401
 2402-2403
 2404-2405
 2406-2407
 2408-2409
 2410-2411
 2412-2413
 2414-2415
 2416-2417
 2418-2419
 2420-2421
 2422-2423
 2424-2425
 2426-2427
 2428-2429
 2430-2431
 2432-2433
 2434-2435
 2436-2437
 2438-2439
 2440-2441
 2442-2443
 2444-2445
 2446-2447
 2448-2449
 2450-2451
 2452-2453
 2454-2455
 2456-2457
 2458-2459
 2460-2461
 2462-2463
 2464-2465
 2466-2467
 2468-2469
 2470-2471
 2472-2473
 2474-2475
 2476-2477
 2478-2479
 2480-2481
 2482-2483
 2484-2485
 2486-2487
 2488-2489
 2490-2491
 2492-2493
 2494-2495
 2496-2497
 2498-2499
 2500-2501
 2502-2503
 2504-2505
 2506-2507
 2508-2509
 2510-2511
 2512-2513
 2514-2515
 2516-2517
 2518-2519
 2520-2521
 2522-2523
 2524-2525
 2526-2527
 2528-2529
 2530-2531
 2532-2533
 2534-2535
 2536-2537
 2538-2539
 2540-2541
 2542-2543
 2544-2545
 2546-2547
 2548-2549
 2550-2551
 2552-2553
 2554-2555
 2556-2557
 2558-2559
 2560

16 DEZ 1971

2019

16 DEZ 2019
PROTOCOLLO





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: 02/1988 Naturalidade: TUPANATINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9812206/3DS/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: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: X Pai: Y Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(o) 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: **PDG7896** (PERNAMBUCO/TUPANATINGA) Chassi: **8C2KD1866JR112039**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA, LUGAR E HORA JA MENCIONADOS, QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA POC 7886 POR UMA ESTRADA DE TERRA, SENTIDO SÍTIO MANDACARU / SÍTIO 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
(VITINA)

B.O. registrado por: JOSÉ JOAQUIM DE OLIVEIRA JÚNIOR - MAT. 288123-2
Matrícula: 288123-2



FABRINIO ALVES DAURICANTE
TULALIA LAURENÇO ALVES
FABRINIO ALVES DAURICANTE
TULALIA LAURENÇO ALVES
FABRINIO ALVES DAURICANTE
TULALIA LAURENÇO ALVES

OCMPRE-
COP

16 DEZ 1971

2019

Qualificação ou(s) objeto(s) em estudo





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAVIS (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 485/2012

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

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ Bradesco (235)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4996

CONTA: 18733

4

AGÊNCIA:

CONTA:

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 da Seguradora LIDER 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 CIV) ☐ 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 (a) nascido(a):

☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário autenticado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura de testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

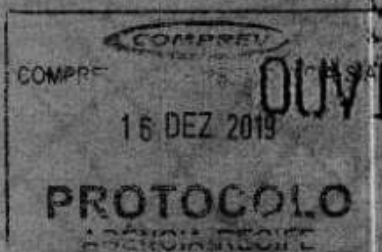
43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



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 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:

Fabiano Alves Cavalcanti

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Amputação traumática 3º PDE.

Regularização de amputação: 3º PDE.

ALTA MÉDICA?

☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM ☒ NÃO

COMPANHIA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JAN 2019

F. A

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 E SIGNIFICATIVA)

SEGMENTO ANATÔMICO EM ORDEM ALFABÉTICA

1ª Amputação traumática 3º PDE, incapaz de realizar
atividades que exigem esforço físico

João - Gerente

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado

20/11/20

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

61
12
19



Hospital do
Triclinico

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Nome: <u>Edmar Alves Colalante</u>		Ficha nº: <u>26</u>	
Sexo: <u>MASC</u>	Idade: <u>23 anos</u>	Cor: <u>PARDA</u>	Data: <u>27/10/18</u>
Data de nascimento: <u>05/03/1995</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	CPF: <u>000.000.000-00</u>	Hora: <u>22:38</u>
Profissão: <u>AGROLOGO</u>	Tel.: <u>-</u>	RG: <u>56-540-08</u>	CEP: <u>13.500-000</u>
Endereço: <u>STIO DO DAS</u>	Bairro: <u>URUBATUBA</u>	Município: <u>TURAMAINGA</u>	CNS: <u>100.1004-935-0516</u>
Naturalidade: <u>TURAMAINGA-PE</u>	Escolaridade: <u>Alfabetado</u>	Filiação: <u>JOSE ALVES</u>	Acompanhante: <u>JOSE ALVES</u>
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHAMENTO	
Bombeiro () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()	LIPA () PSF ()
Ambulância () Auto ()	Senha: <u>-</u>	Moto () Outros: <u>-</u>	Outros ()
PA: <u>132/52</u>	HGT: <u>-</u>	TEMP: <u>-</u>	FC: <u>-</u>
FR: <u>-</u>	Peso: <u>-</u>	Alérgico: <u>Não</u>	SATO2: <u>-</u>
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u>Não</u>			
Uso de Medicamentos: <u>Tratamento de hipertensão</u>			
Situação/Queixa Principal: <u>Exatidão de Cladente de Pato (Encaminhado)</u>			
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	
() Febre	() Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	() Vermelho
() Vômitos	() Confusão Mental	() Cirurgião	(X) Amarelo
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	(X) Ortopedista	() Verde
() Fadiga	() Taquicardia	() Pediatra	() Azul
() Cefaleia	() Parêstesia e/ou parestesia	() Serviço Social	Assinatura do Enfermeiro: <u>J</u>
() Tontura	() Tosse	() Outros: <u>-</u>	
() Convulsão	() Dor local		
() Desmaio	() Queixa urinária		
() Sangramento	() Outras Queixas: <u>-</u>		
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA			
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA): <u>Exatidão de Cladente de Pato</u>			
2 - Hipótese Diagnóstica: <u>de mordedura</u>			
3 - Exames Solicitados: <u>por / por 01/10/18</u>			

Assinatura e Identificação do Médico





relevo para HRA BC, onde foi recebida e deu a transição
às 13:21. Foi transferida para a Santa do Nascimento
10 anos, com fratura clavicular após ser examinada
e encaminhada para central de leito para hospital
Olivia de Freitas Silva 5592941. Sendo acompanhado
por Jéssica Michelon, às 13:54 deu entrada no
briquet de leito com IRC, subindo com o braço alto
e mesmo após avaliação encaminhado para HRA BC e
caravana, sendo encaminhado para a central de leito para
5543005, às 21h. deu entrada no setor de Oliveira
16 anos com abdome distendido, PA 110x70. HGT 126kg/dl
após avaliação encaminhado para HRA BC com leito 55
13302, plantas calvas, sem intercorrências passadas plantas
com jetões limpos e organizados, com OI xéipex e
3N em AC com alta prevista para hoje, OI internos na CMM,
chaves da permissão fátela e eletro na gaveta, foram
trocados O3 torções de O2 para o plantão com todos os
setores limpos e organizados.

Geane de Andrade Silva
Enfermeira
COREN: 502711

Plantão 24h

27/10/18

Equipe: Médico - Magalhães

Enfs - Ana Lúcia Martins

Aten. enfermagem - Gracia + Samara + Valdelice

Aten. sala de parto - Quiteria

« Recebo plantão com setores limpos e organizados
com 03 pacientes internos (03 CMM e 03 CMO + 03 RN)

« Plantão com vários atendimentos ambulatórios e
urgências.

« Preenchi a PNU da paciente Helena Pereira de



centro para HRABC, onde foi removido e em seguida transferido
às 13:21 foi transferido Adriel Santana do Nascimento
10 anos, com fratura clavicular após ser examinado
e encaminhado para central de leito para hospital
Oliveira de Freitas, ficha 5592941. Sendo acompanhado
por técnico psiquiatra, às 13:54 deu entrada no
briquet de leito com IRC, subentendendo com observação de
o mesmo após avaliação encaminhado para HRABC e
caravana, sendo encaminhado para a central de leito pela
5543005, às 21:4. deu entrada no centro de leito de
16 anos com abdomen distendido, PA 110x70. HGT. 126mg/dl
após avaliação encaminhado para HRABC com ficha 55
13302, plantas calvas, sem alterações visuais nas plantas
com reflexos limpos e organizados, com 01 xixi e
30 em AC com alta pressão para hoje, os internos na CHU,
chaves da farmácia, telefone e eletro na gaveta, foram
travados os portões de Og. para o plantão com todos os
setores limpos e organizados. 64

Geane de Andrade Silva
Enfermeira
COREN: 502711

Plantão 24h

22/10/18



, 29 anos, residente na Rua Raimundo, onde estava sem DNV, ao entrar em contato com 1º ele disse que estava em transferência no minuto do ponto, assim pediu p/ mim preencher, 1 de nº: 30-78799299-4 liberada p/ puerpera de acirnes.

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

vítima = Maria Graciele paratião dos Santos, 18 anos, residente em sítio do Pap. Tupanatinga, vítima colisão de moto, TA 100x60, FE 78, SPOs 97, com episódio de desmaio + vômito e sonolência, Gefo, medicado CPM. Segue em observação na Unidade. vítima = Fabiano Alves Cavalcanti, 23 anos, sítio do Pap. Tupanatinga, vítima de colisão de moto, com contusão em face e MMSS e II, com fratura no 1º metacarpo (E) (p/ esquerdo). Realizado primeiros socorros, (limpeza + curativo) medicado e encaminhado ao HRRBE com ficha de nº: 5544071. Acompanhado de Tc. Amara.

às 21.45h, deu entrada a gestante Roseline Rodri- es Delgado, 25 anos, residente sítio Moura, Pov. da Verde, TA 120x80 mmHg, GSPD 40, BCF 144 bpm, 3/4cm, DVM- 26/02/18, JG pelo DVM 34mm Sd, USG 34mm Sd, bolsa íntegra, e resultado de exame EAS, infecção do TC. recentemente, refere dor BV. após avaliação médica encaminhada, ao Hospital da Moura em Vitória, com ficha de nº: 5544063. acompanhado pelo Tc. Quintino.





PREFEITURA MUNICIPAL DE
TUPANATINGA
TEMPO DE VIVER UMA NOVA HISTÓRIA

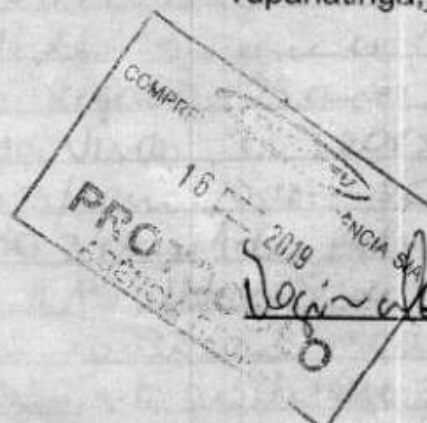
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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. FRANCISCO 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

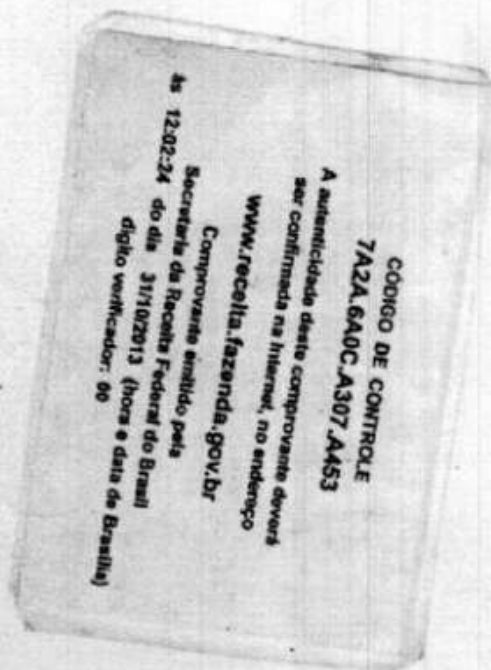


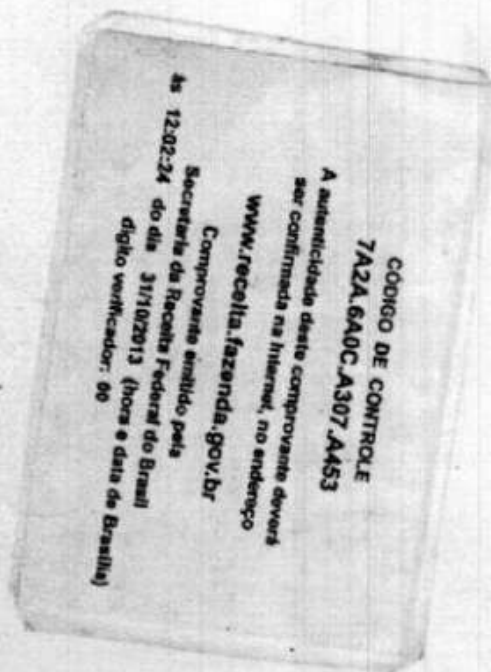
Reginaldo Rodrigues
Diretor-Geral da Unidade Hospitalar
Portaria nº 074/2018

Reginaldo Rodrigues
Direção

Rua Alto São Félix, nº 185 Tupanatinga/PE
Telefone: (87) 3856-1604 / (87) 3856-1225 / E-mail: hospitaltupanatinga-direcao@hotmail.com
CNPJ: 10.342.688/0001-41







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1151219808 ANO: 2019

RENATO ROCHA MOURA

TUPACATINGA - PE

086.209.304-00

9C2K01000R112989

HONDA/NXR 160 BRO

28/162CL

PARTEC

PRETA

AL. FID. 55,40M DE CONS 3A

04.26

0.22 84.58

10/01/19

22/01/19

Marcelo Costa

Marcelo Costa de Costa Correia

Titular Presidente do Exercício DETRAN/PE

PROTÓCOLO
 6102
 16 DEZ 2019

PE Nº 014483611360 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RENATO ROCHA MOURA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT (800) 022 1204

TUPACATINGA - PE

086.209.304-00

1151219808

HONDA/NXR 160 BRO

2018

9C2K01000R112989

PRÊMIO TARIFÁRIO

04.26

0.22

84.58

22/01/19

SEURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GARANTIA DO BILHETE DPVAT
 EM NAO E DE FORTE OBRIGATORIO.



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. Nexa 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 (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

