



Número: **0015586-45.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70586523	05/11/2020 16:37	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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705006

Vítima: JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

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 15257578





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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705006

Vítima: JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

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.

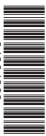
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00139/00140 - carta_02 - INVALIDEZ

00070070



Carta nº 15269239





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705006

Vítima: JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000002170**

Conta: **0000013307-0**

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: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 924.742.624-66 4 - Nome completo da vítima: JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELLO ALMEIDA

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

5 - Nome completo: JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELLO ALMEIDA 6 - CPF: 924.742.624-66
7 - Profissão: NUNHA 8 - Endereço: RUA DELMIRO CHALGOUX DE OLIVEIRA 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: FACILITADINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55380-000
15 - E-mail: NUNHA 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6299

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: ANCELINA AMARILHA VIEIRA DE MELLO
18 - CPF do Representante Legal: 065.985.894-02 19 - Profissão do Representante Legal: NUNHA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3170 CONTA: 13307

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Peço motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (mainace)? ☐ 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 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FACILITADINHA (PE), 16/12/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 924.742.624-66 4 - Nome completo da vítima: JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELLO ALMEIDA

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

5 - Nome completo: JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELLO ALMEIDA 6 - CPF: 924.742.624-66
7 - Profissão: NUNHA 8 - Endereço: RUA DELMIRO CHALGATE DE OLIVEIRA 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: FACILITADINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55380-000
15 - E-mail: NUNHA 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6299

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: ANCELINA AMARAL VIEIRA DE MELLO
18 - CPF do Representante Legal: 065.985.894-02 19 - Profissão do Representante Legal: NUNHA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3170 CONTA: 13307

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Peço motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FACILITADINHA (PE), 16/12/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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: 3190705006
Nome do(a) Examinado(a): Joao Marcio Vieira de Melo Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Delmiro Chalegre de Oliveira, 93
Centro Cachoeirinha PE CEP: 55380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9868041
Data local do acidente: [11/01/2019]
Data local do exame: [30/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DESVIADA EXTRA ARTICULAR DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO (PUNHO)
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO COM REDUÇÃO INCRUENTA SOB SEDAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS), FUNÇÃO DA MAO PRESERVADA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL AO PUNHO 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0199000596

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/12/2019 às
18:14

Complementa o BO Número: 19E0199000399

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 11/1/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RUA MAJOR TOMAZ, 1 - Bairro: CENTRO
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JOSE ERIVANE ALMEIDA (NOTICIANTE)
MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (OUTRO)
JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE ERIVANE ALMEIDA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(s): DESCONHECIDO

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

JOSE ERIVANE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NAISA
MARIA DE ALMEIDA Pai: JOAQUIM AUGUSTO ALMEIDA Data de Nascimento: 22/12/1988
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: ANGELINA AMANDA VIEIRA DE MELO Pai: MARCIO DE ALMEIDA SILVA
Data de Nascimento: 14/11/2004 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
ESTUDANTE
Endereço Residência: RUA DELMIRO CHALEGOREZ DE OLIVEIRA, 02 - CEP: 0 - Bairro:
LOTEAMENTO SAO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA**, que estava em posse do(s) Sr(a): **JOSE ERIVANE ALMEIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CS 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG6377** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **SC2KC2266HR004594**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. JOSE ERIVANE, NOTICIANDO, DE QUE DEU UMA CARONA A JOAO MARCIO, DEVIDO CONHECER A SUA FAMILIA, E NO LOCAL CITADO NESTE B.O., SURTIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE E COLIDIU DE LESTE LATERALMENTE FOI QUANDO A VITIMA FOI A SOLO E O NOTICIANTE TEVE ESCORIAÇÔES LEVES E O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL EM CIMA DA MESMA MOTOCICLETA E O SR. ERIVANE SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL PARA O HOSPITAL LOCAL E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O DOM MOURA EM GARANHUNS, ESTE B.O. FOI COMPLEMENTADO DEVIDO A DATA ONDE LEIA SE 12-01 LEIA-SE 11-01-2019, O MESMO TEVE UMA FRATURA NO BRACO ESQUERDO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA.

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

Jose Erivane Almeida
JOSE ERIVANE ALMEIDA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159785-5**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0199000393

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/09/2019 às 09:10

Complementa o BO Número: 19E0199000393

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 12/1/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RUA MAJOR TOMAZ, 1 - Bairro: CENTRO
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ERIVANE ALMEIDA (NOTICIANTE)
MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (OUTRO)
J.M.V.D.M. (Menor de idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOSE ERIVANE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo: MasculinoMão: MAÍSA
MARIA DE ALMEIDA Pai: JOAQUIM AUGUSTO ALMEIDA Data de Nascimento: 22/12/1968
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**J.M.V.D.M. (Menor de idade) (não presente no plantão) - Sexo: MasculinoMão:
ANGELINA AMANDA VIEIRA DE MELO Pai: MARCIO DE ALMEIDA SILVA Data de
Nascimento: 14/11/2004 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: RUA DELMIRO CHALERE DE OLIVEIRA, 83 - CEP: 0 - Bairro:
LOTEAMENTO SAO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: MasculinoNaturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (não presente no plantão) - Sexo:



Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ERIVANE ALMEIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CO 100 FAN** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **8 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PD06377 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KC2200HR04334**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **8 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLICIA, O SR. JOSE ERIVANE, NOTICIANDO, DE QUE DEU UMA CARONA A JOAO MARCIO, DEVIDO CONHECER A SUA FAMILIA, E NO LOCAL CITADO NESTE B.O., SURTIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE E COLIDIU DE LEVE LATERALMENTE FOI QUANDO A VITIMA FOI A SOLO E O NOTICIANTE TEVE ESCORIAÇOE LEVES E O CONDUCTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL EM CIMA DA MESMA MOTOCICLETA E O SR. ERIVANE SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL PARA O HOSPITAL LOCAL E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O DOM MOURA EM GARANHUNS, O MESMO TEVE UMA FRATURA NO BRACO ESQUERDO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCCRENCIA.

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

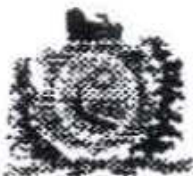
Jose Erivan Almeida
JOSE ERIVANE ALMEIDA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159765-5**



2 of 2

28/08/2019 11:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0199000393

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/08/2019 às
15:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 12/8/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RUA MAJOR TOMAZ, 1 - Bairro: CENTRO
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ERIVANE ALMEIDA (NOTICIANTE)
MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (OUTRO)
J.M.V.D.M. (Menor idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(s): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(s): JOSE ERIVANE ALMEIDA



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

JOSE ERIVANE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nome: MAIOA
MARIA DE ALMEIDA Pai: JOAQUIM AUGUSTO ALMEIDA Data de Nascimento: 22/12/1968
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

J.M.V.D.M. (Menor de idade) (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nome:
ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO Pai: MARCIO DE ALMEIDA SILVA Data de
Nascimento: 14/11/2004 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: RUA DELMIRO CHALEGORE DE OLIVEIRA, 93 - CEP: 8 - Bairro:
LOTEAMENTO SAO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO 1(VEICULO) de propriedade do(o) Sr(s): MARIA ADALGISA DE MELO
VIEIRA, que estava em posse do(s) Sr(s): JOSE ERIVANE ALMEIDA



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaB...>

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PD08377** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2K01200HRS04884**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. JOSE ERIVANE, NOTICIANDO, DE
QUE DEU UMA CARONA A JOAO NARCIO, DEVIDO CONHECER A SUA FAMILIA, E NO
LOCAL CITADO NESTE B.O., SURTIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE
E COLIDIU DE LEVE LATERALMENTE FOI QUANDO A VITIMA FOI A SOLO E O
NOTICIANTE TEVE ESCORIAÇÔES LEVES E O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA
EVADIU-SE DO LOCAL EM CIMA DA MESMA MOTOCICLETA E O SR. ERIVANE
SOCORREU A VITIMA PARA O HOSPITAL PARA O HOSPITAL LOCAL E DEPOIS
TRANSFERIDO PARA O DOM MOURA EM GARANHUNS, O MESMO TEVE UMA FRATURA
NO BRACO ESQUERDO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA.

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

x *Jose Erivane Almeida*
JOSE ERIVANE ALMEIDA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159768-8**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 924.742.624-66 4 - Nome completo da vítima: JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELLO ALMEIDA

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

5 - Nome completo: JOÃO MARCIO VIEIRA DE MELLO ALMEIDA 6 - CPF: 924.742.624-66
7 - Profissão: NUNHA 8 - Endereço: RUA DELMIRO CHALGOUX DE OLIVEIRA 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: FACILITADINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55380-000
15 - E-mail: NUNHA 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6299

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: ANCELINA AMARILHA VIEIRA DE MELLO
18 - CPF do Representante Legal: 065.985.894-02 19 - Profissão do Representante Legal: NUNHA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3170 CONTA: 13307

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Peço motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ 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 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FACILITADINHA (PE), 16/12/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02170

CONTA: 000000013307-0

Nr. da Autenticação D7E2422EC2F328F7



ATEUIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - ALM. 00069 - CENTRO
CAC-00E1R13HA PC 55380-000

DADOS DO CLIENTE: **ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO** MATRÍCULA: **104825360** Data: **04/7/2019**
R DELMIRO CHALEGHE DE OLIVEIRA, N. 00093 - CENTRO CACHOEIRINHA
PE 55360-000
 INSCRIÇÃO: **037** RIO **840** (Nº) **20** GRUPO: **6** DIS. AUTOMÁTICO: **1048.5240**

#PLACA/ÁGUA	SITUAÇÃO BOMBO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1			
HELIOMETROS	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL		TÍT. DE CONSUMO (R\$)	
A133067560	28/04/2019	28/10/2019		REAL	

ÁGUA:
 LEIT. ANT.: **803** CONSUMO: **18**
 LEIT. ATU.: **923**
 LEIT. FAT.: **923**

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA	CONSUMO	PARÂMETRO	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. N.º	PORT. 914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. A EXIG.
09/2019	24	TURBIDEZ	38	38	38	38
08/2019	10	COR APARENTE	38	38	38	38
07/2019	10	CLORO RESIDUAL	38	38	38	38
06/2019	17	CLOR. TOTALIS	38	38	38	38
05/2019	07	COLIF. TOTALIS	38	38	38	38
04/2019	12	COLIF. TOTALIS	38	38	38	38
MED. 13		Qualidade da Água	www.unipres.com.br			

OBS.: (1) COLIF. TOTALIS AUSÊNCIA DE BACT. EM AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS CONDIÇÕES TOTALIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRITO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	8 M3	40,40
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 04/2019		2,40
JUROS DE MORA 07/2019		0,98

VALOR	VALOR DE INÍCIO	VALOR DE FIM	VALOR DO IMPOSTO
84,48	3,00	1,39	
84,48	7,04	6,42	

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 87,86

WENJAGEN:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURAMENTO PENDENTE, NO TOTAL DE R\$ 119,59. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

compesa
ATENÇÃO: NÃO ABRA SEMPRE
NÃO ABRA SEMPRE
VERIFICAR: 15/11/201





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NUM. - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 104825260 Out/2019

ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

R DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, N. 00093 - CENTRO CACHOEIRINHA

PE 55380-000

INSCRIÇÃO: 031.830.840.0049.220 GRUPO: 6 DEB. AUTOMÁTICO: 104825260

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
		RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
		1		
		DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR			
A13U067567	28/09/2019	29/10/2019	REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 903 CONSUMO: 18

LEIT ATU: 921

LEIT FAT: 921

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

NÚMERO DE AMOSTRAS



CNPJ 09.759.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATEUIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - ALM. 00069 - CENTRO
CAC-00E1R13HA PC 55380-000

DADOS DO CLIENTE: **ARCELINA AMANDA VIEIRA DI HELO** MATRÍCULA: **104825360** Data: **04/07/2019**
R DELMIRO CHALEGHE DE OLIVEIRA, N. 00093 - CENTRO CACHOEIRINHA
PE 55360-000
 INSCRIÇÃO: **037** RIO **840** (Nº) **20** GRUPO: **6** DIS. AUTOMÁTICO: **1048.5240**

#PLACA/ÁGUA	SITUAÇÃO BOMTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICO
LIGADO	POTENCIAL	1			
HELIOMETROS	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TÍT. DE CONSUMO (R\$)		
A133067560	28/04/2019	28/10/2019	REAL		

ÁGUA:
 LEIT. ANT.: **803** CONSUMO: **18**
 LEIT. ATU.: **923**
 LEIT. FAT.: **923**

HISTÓRICO DE CONSUMO
 REFERÊNCIA CONSUMO

09/2019	24	PARÂMETRO	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. N.º	PORT. 914/11	ANÁLISES REALIZ.	AT. N.º 1615
08/2019	10	TURBIDEZ	38	38	38	28
07/2019	10	COR APARENTE	38	38	38	14
06/2019	17	CLORO RESIDUAL	38	38	38	28
05/2019	07	COLIF. TOTAIS	38	38	38	28
04/2019	12	2	38	38	38	28
MÉDIA:	13	Qualidade de Água	www.unipresb.com.br			

OBS.: (1) COLIF. TOTAIS AUSÊNCIA DE 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS CONDIÇÕES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.


DESCRITO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	8 M3	40,40
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 04/2019		2,40
JUROS DE MORA 07/2019		0,98

VALOR	VALOR DE INÍCIO	VALOR DE FIM	VALOR DO IMPOSTO
84,48	3,05	1,39	
84,48	7,04	5,42	

VENCIMENTO: 15/11/2019

WENJAGEN:


IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURAMENTO PENDENTE, NO TOTAL DE R\$ 119,59. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



 ALTERNATIVE TO ASSOCIATION
 MANAGEMENT (TAM) (03-03-18)

VERIFICATO: 15/11/2014

82356000000-6-8736000





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NUM. - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 104825260 Out/2019

ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

R DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, N. 00093 - CENTRO CACHOEIRINHA

PE 55380-000

INSCRIÇÃO: 031.830.840.0049.220 GRUPO: 6 DEB. AUTOMÁTICO: 104825260

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
		RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
		1		
		DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR			
A13U067567	28/09/2019	29/10/2019	REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 903 CONSUMO: 18

LEIT ATU: 921

LEIT FAT: 921

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

NÚMERO DE AMOSTRAS





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	JOSÉ MARCO V. DE MELLO ALMEIDA			Idade:
Situação/Queixa:	Paciente refere queda de moto há 3 dias, com R x - spine 16 fraturas em R x e uma (E).			

PROCEDÊNCIA			
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:	N		
Medicações em uso:	N		
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS	N		

PARÂMETROS							
PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow:

RÉGUA DE DOR		
LEVE	MODERADA	GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Consciente	Orientado	Desorientado	Calma
Agitado	Torporoso	Comatoso	Ansioso
Ritmo Sinusal	Palpitações	Bradicardia	Arritmia
Dispneia aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturno	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁCICA		
INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:
Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR					
Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme

DOR PRESENTE		
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma:	NO ORTOPEDISTA
-------------	----------------

Data: 14/01/19

Bruno de Luna Oliveira
COREN - PE 308.186 - Enf.
Enfermeiro Emergencista
Assinatura/Carimbo

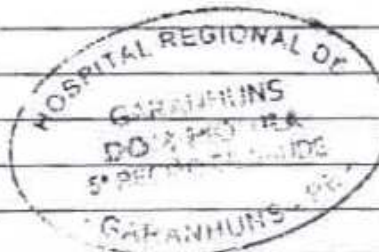


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

P.P.S. - Please advise me if you have any more business cards or letterhead paper that you would like to donate to the library.

Sincerely,
[Signature]

J. Edgar Hoover
Director

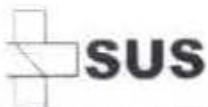


LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: <u>HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO</u>		SENHA DA REGULAÇÃO: <u>5598 16/5</u>	
UNIDADE DE DESTINO: <u>UIM MURICÓ (TIPV MURICÓ)</u>			
DADOS DO PACIENTE			
Nome: <u>SEAN RAFAEL DE MELLO RAIMUNDO</u>	ID:		
SUS	RG	DATA DE NASCIMENTO	SEXO:
		<u>04</u>	<u>MAR</u>
HISTÓRIA CLÍNICA			
<p><u>Diminuição da capacidade de trabalho em 40</u> <u>horas e redução da capacidade de aprendizagem</u> <u>no trabalho escolar com dificuldade</u></p>			
CONDUTA INICIAL:			
EXAMES REALIZADOS: <u>RM</u>			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Encefalopatia crônica do tipo orgânico e secundário</u>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: <u>Necessidade de atendimento especializado</u>			
DATA DA TRANSFERÊNCIA: <u>14/11/21</u>			


Médico Assinatura: Carimbo





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
FOLHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>João Márcio Vieira de Melo Almeida</u>		IDADE: <u>14</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>B</u>			
PILAR: <u>Deu</u>		ENFERMARIA: _____	LEITO: _____	Nº PRONTUÁRIO: _____			
1.01.19	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
	SANGÜÍNEO	HEMATIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
URINA							
ESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE
CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA	
GESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
DO MENTAL		ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
HISTÓICO PRE-OPERATÓRIO		<u>factores pontos</u>				ESTADO FÍSICO	INISCO
HISTÓICO POS-OPERATÓRIO		ANEST. ANTERIORES					
CAÇAÇÃO FIE ANESTÉSICA		APLICADAS ÀS		EFEITO			

O:	260		INDUÇÃO	
	240		SATISF. _____ EXCIT. _____ TISSUE _____	
	220		LARINGO ESPASMO _____ LENTA _____	
	200		NAUSEAS _____ VÔMITOS _____	
	180		OUTROS _____	
	160		MANUTENÇÃO	
	140		ANESTESIA SATISF. SIM _____ NÃO _____	
	120		NÃO POR QUÊ? _____	
	100		DESPERTAR	
	80		REFLEXOS NA B.O. _____	
	60		OBST. _____ COG. _____ EXCIT. _____	
	40		NAUSEAS _____ VÔMITOS _____	
	20		OUTROS _____	
			COM CÂNULA PARA O LEITO SIM _____ NÃO _____	
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES		CONDIÇÕES		

LOCAL: <u>Deu</u>	CÂNULAS
EVES: <u>Propul. 1407</u>	
CVCA: <u>Beal EV 4 RE</u>	
ERGAÇÃO: <u>fed fut. pontos</u>	
FURQUES: <u>Ema</u>	
ANESTESISTAS: <u>João de</u>	
SERVIÇOS: _____	
NOTAR NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIA	PERDA SANGÜÍNEA





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simões Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 10483	Data e Hora do Atendimento 14/01/2019 às 13:55:48	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
-----------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025395623 - JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA			
IS: 700002256204604	Nascimento: 14/11/2004	Idade: 14 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE	Naturalidade: CACHOEIRINHA	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: 3 - 9868041	Filiação: Pai: Mãe: ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO		

Endereço (Av., Rua, etc): RUA DELMIRO CHALEGRE, Nº. 93	Complemento:
Cidade: Cachoeirinha	UF: PE Telefone:

Acompanhante:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Origem:	Meio de Transporte:
Ocorrência: Cachoeirinha	

Atendimento Médico:	CRM:
Ata: / / Hora: Médico:	/

- a Principal:

DA: *Relato do pai no momento da chegada*

relato.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Tropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Último Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Limadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por: <input type="checkbox"/>
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °C
-------	--	--	-----------

Respiratório

Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm
--------------	-------------	------------

Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
-------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular Score: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Score: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Score: Hora:
--	--	--



Cachoeira

HRDM

Admissão do Paciente do Bloco Cirúrgico

Dados de Identificação

Nome: João Marcos Vieira de Melo Almeida Data: 14.01.19
 Hora: 16:50 Idade: 19 Registro: 830483
 Procedimento: Redução cruenta Diagnóstico: Fract. rádio E
 Cirurgião: Luís Hebert Anestesiista: Normando Gouveia

Informações antes do procedimento

1. Dieta zero a partir de 09 h.
 2. Tricotomia: () Sim (☒) Não
 3. Sítio de marcação: () Sim (☒) Não
 Qual? _____
 4. Uso de medicação contínua: () Sim (☒) Não
 Qual? _____
 5. Alergia à medicação: () Sim (☒) Não
 Qual? _____
 6. Quem informou: () Paciente (☒) Familiar
 Qual? _____
 7. Tabagista: () Sim (☒) Não
 8. Etilista: () Sim (☒) Não
 9. Anestesia Anterior: () Sim (☒) Não
 Especifique: _____
 10. Cirurgia anterior: () Sim (☒) Não
 Especifique: _____
 11. Deficiências: () Sim (☒) Não
 Especifique: _____
 12. Próteses: () Sim (☒) Não
 Especifique: _____
 13. Incontinência progressiva: HAS () Sim (☒) Não DM () Sim (☒) Não
 Outras: _____

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 116 x 84 mmHg 14. FR: _____ rpm 14. T: _____ °C 15. FC: 87 bpm
 16. Glicemia: _____ 17. Peso: _____ 18. Altura: _____ 19. Tipo sanguíneo: _____

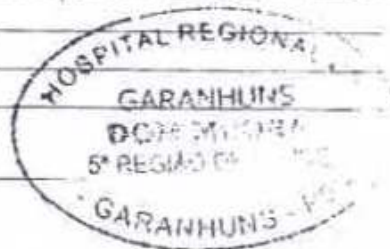
Monitorização

20. VO2: Sim () Não 21. AVE: () Sim (☒) Não 22. Monitorizado: () Sim (☒) Não 23. Sondagem: () SNG () SNE () SOG
 24. Risco de aspiração: () Sim (☒) Não 25. Risco de perda Sanguínea: () Sim (☒) Não 26. ABT Profilático: () Sim (☒) Não se aplica
 27. Exames de imagem: () Sim (☒) Não se aplica 28. Placa de bisturi: () Sim (☒) Não local

Observações:

Menor consciente, orientado, eupríico, corado, hidratado, com ferida em rádio E, será submetido a redução cruenta.

Assinatura do Enfermeiro



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS - PE

FOLHA DE CONSUMO

DATE: 14-01-19

TÉCNICO RESP.: *Enrique*

CIRURGIÃO: *Dr. Eusebio Hebert*

AGENTE: João Márcio Vieira de Melo Almeida

to AUXILIARY.

IDENTIFICATION: 836443

HORA: INICIO: 16:50 / TÉRMINO: 17:00

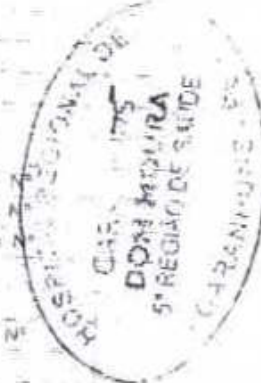
ANESTESISTA: Normando Lopez

INCIDIMENTO: Redução de custos

INSTRUMENTATION

MEDICAMENTOS	PSICICO BOX	DESCARTAVEIS
Água destilada 10ml	Alfenta amp	Aguilha Raqui N°
Água destilada 500ml	Bupivacaína Pesada	Aguilha Insulina
Adrenalina amp	Bupivacaína	Aguilha 25x7
Alclon amp	Clazepam ap	Aguilha 40x12
Alupina amp	Dimorf 1ml/2ml	Algodão orp Pacote
Artropan amp	Dolantina 2ml	Atadura crepon N° 15cm
Bupivacaína composta	Dormind 3ml	Cateter duplo lumen
Bica borso de soro	Dormind 10ml	Cânula traqueostomia N°
Bisulfato de Na	Fentanil 2ml amp	Cateter para O2
Cetoprofeno IV	Hydantal amp	Coletor fechado
Clorato de potássio	Hyonormidate	Coletor aberto
Cloruro de Magnésio	Ketamin S 1ml	Coletor Aspirador
Cloruro de amônio	Lidocaina 2% CV	Compressa cirúrgica
Cisplato	Lidocaina 2% SV	Dreno laminar
Clofexina amp	Naloxona	Dreno Penrose N°
Clofenolacato 4mg/ml	Pancuron amp	Dreno Sucção
Clofexina amp	Propofol amp	Dreno Tórax N°
Clofexina amp	Prostigmina amp	Eletrodo
Clofexina amp	Rocuronio	Equipo Macic simples
Clofexina amp	Ropivacaína	Equipo Hemotransfusão
Clofexina amp	Sevofurano	Equipo BIC
Clofexina amp	Succinate	Extensor
Clofexina amp	Tamoxifen amp	Jeico N°
Clofexina amp		Kit Drenagem torácica
Clofexina amp		Lâmina de bisturi N°
Clofexina amp		Luva Estéril 7 0
Clofexina amp		Luva Estéril 7 5
Clofexina amp		Luva Estéril 8 0
Clofexina amp		Luva Estéril 8 5
Clofexina amp		Luva Procedimento
Clofexina amp		Pólex 2 vias
Clofexina amp		Seringa 2ml
Clofexina amp		Seringa 5ml
Clofexina amp		Seringa 10ml
Clofexina amp		Seringa 20ml
Clofexina amp		Seringa Insulina
Clofexina amp		Sonda Foley 2 vias
Clofexina amp		Sonda Foley 3 vias
Clofexina amp		Sonda Nasogástrica
Clofexina amp		Sonda Uretral
Clofexina amp		Sonda Aspiração
Clofexina amp		Tubo Endotraqueal N°
Clofexina amp		Termeta 3 vias
Clofexina amp		Uniflex

01
 175
 DOKA JARDIM
 5ª REGIÃO DE SAÚDE





Cachoeirinha

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde

UPA

Nome:

Em companhia João
Moser Silva de Melo Almeida
14 anos, com história de
queda de peso, o paciente
relata "bócio" e alguns
trabalhos nas áreas de
operação do arto direito
por motivo o paciente passou
facilmente a desenvolver
transtornos.

07/07/2020

Data

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 11515
627.806.974-15

Médico

Paciente

Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem

1 / 1
Data

Assinatura do Médico



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	31/08/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	31/08/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
João Marcos Viana de Mello Almeida			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Fratura de Lado E			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):			
Tratamento Cirúrgico de fratura de Lado E ALTO 36/3/19			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):			
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO			
1º	Pericólio presente Lado E típica da		
2º	fratura malar, com edema (+++/4+)		
3º	com hiperemia, pontos de restrição interna		
4º	e externa rigidez articular		
5º	75% Grupo		
APRIMADO EM AVALIAÇÃO DA VÍTIMA NO PERÍODO DE			
Dezembro			
Cordeiro			
29/3/19			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CÍVIL

01R26



POLEGAR DIREITO



João Márcio Vieira de Melo Almeida

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REGISTRO GERAL 9.868.041 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2015

NOME << JOÃO MÁRCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA >>

FILIAÇÃO << MÁRCIO DE ALMEIDA SILVA >>
<< ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO >>

NATURALIDADE CACHOEIRINHA - PE DATA DE NASCIMENTO 14/11/2004

DOC ORIGEM << 075242 01 55 2005 1 00013 094
0014656 01 CACHOEIRINHA-PE >>

CPF 124.742.624-66

ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
AT5831682702105A47.6198052 P-64 85.095 - 4323



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

124.742.624-66

Nome

JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA

Nascimento

14/11/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



VÁLIDA POR 12 MESES

DEFICIÊNCIA

IMPRESSÕES DIGITAIS



Anali na Amanda Dieva de Melo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.105.600

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/01/2014

NOME

<< ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MÉLO >>

FILIAÇÃO

<< JOSÉ ELIAS DE MELO SOBRINHO >>
<< MARIA APARECIDA VIEIRA DE MELO >>

NATURALIDADE

CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO

25/09/1985

DOC. ORIGEM

<< 075242 01 55 1985 1 00006 091

0006225 20 CACHOEIRINHA-PE >>

CPF

065.985.894-01

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

065.985.894-01

Nome

ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

Nascimento

25/09/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Informações sobre o veículo

Placa: PDG-6377

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 162

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC2200HR004584

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2016/2017

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

 **RESTRIÇÕES**

> NADA CONSTA

☐ **VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705006 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
ALMEIDA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DESVIADA EXTRA ARTICULAR DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO (PUNHO)

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS), FUNÇÃO DA MAO PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA, COM DESVIO ANTERIOR DO RADIO DISTAL, COM PREJUÍZO FUNCIONAL RESIDUAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

