



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
70586 523	05/11/2020 16:37	<u>ANEXO 1</u>	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

Pag. 0180901810 - carta_01 - INVALIDEZ



00020905

Carta nº 15257578



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:37:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516374302800000069212723>
Número do documento: 20110516374302800000069212723

Num. 70586523 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:37:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516374302800000069212723>
Número do documento: 20110516374302800000069212723

Num. 70586523 - Pág. 2

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

00036732






PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NPF do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
324.742.624-66 José Mário Viegas Melo Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: José Mário Viegas Melo Almeida 6 - CPF: 324.742.624-66
7 - Profissão: Mawm 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Rua Delmira Galdino de Oliveira 93
11 - Bairro: (Centro) 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: Mawm 16 - Tel. (DDDD): (71) 9304-6299

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: ARCELINA AMARAL VIEGAS MELLO
18 - CPF do Representante Legal: 065.985.894-01 19 - Profissão do Representante Legal: Mawm

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO 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 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 assinalar uma das opções:

- 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.

Pelo motivo assinalado, anuncio 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (mínacoz): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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.

<p>34 Assinatura de quem assina o rogó/a pedido e de quem assina o documento devidamente assentado</p>	<p>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 _____</p>
<p>40 - Local e Data: RECIFE (PE), 16/12/19</p>	<p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p>

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 - NPF do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
324.742.624-66 José Mário Viegas Melo Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: José Mário Viegas Melo Almeida 6 - CPF: 324.742.624-66

7 - Profissão: New 8 - Endereço: Rua Delmira Ribeiro de Oliveira 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Belo Horizonte 13 - Estado: MG 14 - CEP: 55380-000

15 - E-mail: New 16 - Tel. (DDO): (31) 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: ARCELINA AMARAL VIEGAS MELLO

18 - CPF do Representante Legal: 065.985.894-01 19 - Profissão do Representante Legal: New

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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 (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

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 assinalar uma das opções:

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.

Pelo motivo assinalado, anuncio 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data da 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar 30 - Vítima deixou 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar 33 - Vítima deixou Sim
teve filhos? Não Vivos: Falecidos: nascituro (máscaras)? Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 <small>Assinatura de quem assina o rogo/a pedido</small>	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Horizonte (MG), 16/12/19

Anselma Amâncio Viegas Melo Almeida
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 Chalégre 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 RÁDIO 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-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS), FUNÇÃO DA MÃO PRESERVADA.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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):

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

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

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

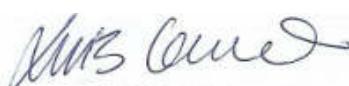
Região Corporal (Sequela):

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

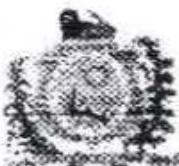
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



DR. LUIZ CASANDRA
Médico
CRM: 17761

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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia **11/12/2019** 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)
 JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE ERIVANE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **MAIOR**
MARIA DE ALMEIDA Pai: **JOAQUIM AUGUSTO ALMEIDA** Data de Nascimento: **22/03/1988**
 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

JOAO MARCIO VIEIRA DE MELO (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **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: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão:
ESTUDANTE
 Endereço Residencial: **RUA DELMIRO CHALERGUE DE OLIVEIRA, 83 - CEP: 5 - Bairro:**
LOTEAMENTO SÃO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

09/12/2019 18:19

1 of 2



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/GS 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
 Cor **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG 6277** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **902KG2200HR004694** Círculo: **00**
 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: **0 (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, SURGIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE E COLIDIU DE LEVE LATERALMENTE FOI QUANDO A VITIMA FOI A SOLO E O NOTICIANTE TEVE ESCORIACAO 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 12-01-2018, 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 10ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
 DP109ºCIRC DINTER1/15ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 - Culposo (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) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
 Sr(a): DESCONHECIDO
 VEICULO: (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 (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mão: MAIS
 MARIA DE ALMEIDA Pai: JOAQUIM AUGUSTO ALMEIDA Data de Nascimento: 22/12/1969
 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

J.M.V.D.M. (Menor de Idade) (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mão:
 ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO Pai: MARIO DE ALMEIDA SILVA Data de
 Nascimento: 14/11/2004 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado
 Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
 Endereço Residencial: RUA DELMIRO CHALEGRE DE OLIVEIRA, 93 - CEP: 5 - Bairro:
 LOTEAMENTO SÃO 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(a) Sr(a): **MARIA ADALGISA DE MELO VIEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ERIVANE ALMEIDA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PB06377 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9G2KG2289HRE64884**
 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: **USPC 109 Circunscrição**
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

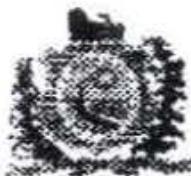
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR.JOSE ERIVANE,NOTICIANDO,DE QUE DEU UMA CARGONA A JOAO MARCIO,DEVIDO CONHECER A SUA FAMILIA,E NO LOCAL CITADO NESTE B.O,SURGIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE E COLIDIU DE LEVE LATERALMENTE FOI QUANDO A VITIMA FOI A SOLO E O NOTICIANTE TEVE ESCORIACAO 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 neste unidade policial

Jose Erivane Almeida
JOSE ERIVANE ALMEIDA
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159788-8**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ºCIRC DINTER1/M5/DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0199000393

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

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

Fato ocorrido no endereço: RUA MAJOR TOMAZ, 1 - Bairro: CACHOEIRINHA
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) envolvida(s) na ocorrência:

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

Sr(s): DESCONHECIDO

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

Sr(s): JOSE ERIVANE ALMEIDA

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

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

J.M.V.D.M. (Menor de Idade) (não presente no plantão) - Sexo: Masculino
ARCELIMA AMANDA VIEIRA DE MELO Pai: MARGIO DE ALMEIDA SILVA Data de Nascimento: 14/11/2004 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: RUA DELMIRO CHALERRE DE OLIVEIRA, 93 - GEP: 8 - Bairro: LOTEAMENTO SÃO 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)

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



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

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

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

Placa: **PD 06277 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)** Chassi: **9G2MK02289HR884584**
 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

COMPARCEU 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, SURGIU UM OUTRO MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE E COLIDIU DE LEVE LATERALMENTE FOI QUANDB A VITIMA FOI A SOLO E O NOTICIANTE TEVE ESCORACAO 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 neste unidade policial

x Jose Erivane Almeida
JOSE ERIVANE ALMEIDA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **158788-6**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NPF do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
324.742.624-66 José Mário Viegas Melo Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: José Mário Viegas Melo Almeida 6 - CPF: 324.742.624-66
7 - Profissão: MULHER 8 - Endereço: Rua Delmira Ribeiro de Oliveira 9 - Número: 93 10 - Complemento:
11 - Bairro: CANTO 12 - Cidade: CALDEIRINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55380-000
15 - E-mail: (None) 16 - Tel. (DDDD): (81) 9304-6299

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: ARCELINA AMARAL VIEGAS MELLO

18 - CPF do Representante Legal: 065.985.894-01 19 - Profissão do Representante Legal: (None)

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO 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

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, anuncio 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (mínacoz)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.

<p>34 <input type="checkbox"/> Alego direito à cobertura de morte <input type="checkbox"/> Alego direito à cobertura de invalidez permanente <input type="checkbox"/> Alego direito à cobertura de morte e invalidez permanente</p>	<p>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</p>
<p>40 - Local e Data: Recife (PE), 16/12/19</p>	<p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p>
<p>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p>	<p>39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p>
<p>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</p>	<p>Assinatura da testemunha</p>

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:37:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516374302800000069212723>
Número do documento: 20110516374302800000069212723

Num. 70586523 - Pág. 14



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

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

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 104825260 Out/2019

ARCELINA ANANDA VIEIRA DE MELO

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

PE 55380-000

INSCRIÇÃO: 031.830.840.0049.220 GRUPO: 6 DEB. AUTÔNOMICO: 104825260

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

ÁGUA:

LEIT ANT: 903 CONSUMO: 18

LEIT ATU: 921

LEIT FAT: 921

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

NUMERO DE AMOSTRAS





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 ANANDA VIEIRA DE MELO

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

PE 55380-000

INSCRIÇÃO: 031.830.840.0049.220 GRUPO: 6 DEB. AUTÔNOMICO: 104825260

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

ÁGUA:

LEIT ANT: 903 CONSUMO: 18

LEIT ATU: 921

LEIT FAT: 921

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

NUMERO DE AMOSTRAS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:37:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516374302800000069212723>
Número do documento: 20110516374302800000069212723

Num. 70586523 - Pág. 18

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Toto Moura V do Mato Amarelo			
Situação/Queixa:	Pq. REFLEXO QUEIXA DE MATO MÓ 3 DÍAS, COM RX S-SPECIE LIG. FEVEREIRA RÍGIDA E VINTA (E)			
Idade:				

PROCEDÊNCIA

RÉSIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:	~		
Medicações em uso:	~		
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS	~		

PARÂMETROS

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

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE

 ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	GARANHUNS	Calmado
Agitado	Torporoso	Comatoso	5 ^ª REGIÃO DE SAÚDE	Responde voz de comando
Bitmo Síntese	Palpitações	Guarida	GARANHUNS - PE	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de esforço		Cianose
Palidez	Sudorese			

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdômen

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

 Fluxograma: *No ORTÓPASTA*

 Data: *14/01/19*

Bruno de Lima Oliveira

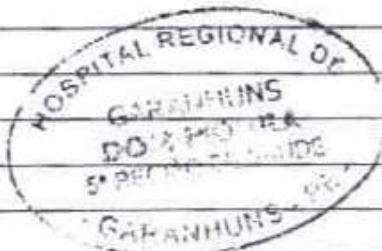
CORPO - PE 306.186 - Enf.

Enfermeiro Emergência

Assinatura/Carimbo



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM





Cachoeirinha

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA-PE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO**



LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
UNIDADE DE DESTINO: UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SENHA DA REGULAÇÃO:
55018465
DADOS DO PACIENTE

Nome: <u>SOAIA RAFAELA DE MORAES PRADO DA SILVA</u>			ID: _____
SUS	RG	DATA DE NASCIMENTO	SEXO:
			SE

HISTÓRIA CLÍNICA

• Diminishing rates for learning over various time periods
• Exponential learning curve for improvements
• Anticipated growth seems to be exponential

CONDUTA INICIAL:

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: ~~Enfermedad~~ ~~de~~ ~~transmisión~~ ~~sexual~~ ~~de~~ ~~notificación~~ ~~obligatoria~~

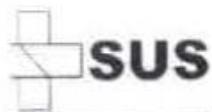
ANEXO: DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Necessidade de reabilitação

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 14/01/01

Médico Assessoria Carimbo





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

João Henrique Vieira de Melo Almeida		IDADE 14	SEXO M	COR B		
PITAL	Day	ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
SANGUÍNEO	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
	HEMATIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
URINA						
ESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE	
CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
GESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
DO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
HÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO		fractura perna		ESTADO FÍSICO	RISCO	
HÓSTICO PGS-OPERATÓRIO				ANEST. AMERÍQUESES		
CAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS	EFEITO	
O:				INDUÇÃO		
				SATISF	EXCIT	
				LARINGO ESPASMO	LANTA	
				NAUSEAS	VÓMITOS	
				OUTROS		
				MANUTENÇÃO		
				ANESTESIA BARF SIM NÃO		
				NÃO POR DUEI		
				DESPERTAR		
				REFLEXOS NA S2		
				OBTR	CO2 EXCIT	
				NAUSEAS	VÓMITOS	
				OUTROS		
				COM CÁNULA SIM NÃO		
				PARA O LEITO SIM NÃO		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				CONDIÇÕES		
ENTES	Preopfil - 140		CÁNULAS			
ENCA	CETI EU 4 RE					
ERAGAO	RED fut. perna					
REFLEXOS	Eferentes					
ESTESISTAS	Normandie					
ESERVIÇOS						
ACORDAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIA				PERDA SANGUÍNEA		



FICHA DE ATENDIMENTO

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

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: Filiação: Pai: Mão: ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MELO

Endereço (Av., Rua, etc): RUA DELMIRO CHALEGRE, Nº. 93 Complemento:

Estado: Cidade: Cachoeirinha UF: PE Telefone:

Acompanhante:

Corrida: Acidente de trabalho: Sim Não

Localização: Cachoeirinha Meio de Transporte:

Endendimento Médico:

Ata: / / Hora: Médico: CRM: /

Local Principal:

DA: *Regras no no nro m2 quim 46*

2011-01-14

história do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Erótico: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo:

Colisão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro

Impacto: Sim Não Local do Impacto:

Altura de Ferimento: Sim Não Tipo: Sobre a Cabeça Não Altura: m

Madura: Sim Não Por:

Transporte realizado por:

Condicionamento de imobilização adequada: Sim Não Por:

Por:

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
-------	--	--	-----------

Exame Respiratório

Circulatório	PA: x mm Hg	P脉: bpm
--------------	-------------	---------

Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocônicas Anisocônicas

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



Cachorro preto

HRDM

Admissão do Paciente do Bloco Cirúrgico

Dados de Identificação

Paciente José Manoel Ferreira de Melo Almeida Data 14/01/19
 Idade 16 Sexo M Registro: 830483

Procedimento Redução luxação Diagnóstico: Fret radio E
 Cirurgião: Torco Hebert Anestesista: Normando Goyard

Informações antes do procedimento

1. Dieta seca a partir de 09 h.
 2. Endotomia: Sim Não
 3. Seta 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
 Outro _____
 7. Doença pregressa: HAS: Sim Não DM: Sim Não
 Não Outra: _____

7. Tabagista: Sim Não
 8. Enlista: Sim Não
 9. Anestesia Anterior: Sim Não
 Especifique _____
 10. Cirurgia anterior: Sim Não
 Especifique _____
 11. Deficiências: Sim Não
 Especifique _____
 12. Proteses: Sim Não
 Especifique _____

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 116 x 84 mmHg 14. FR: 16 bpm 14. T: 36,5 °C 15. FCP: 87 bpm
 16. Glicemia: _____ 17. Peso: _____ 18. Altura: _____ 19. Tipo sanguíneo: _____

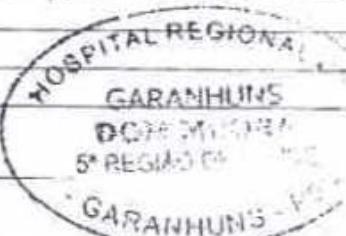
Localização

1. Vias: Sim Não 21. AVC: Sim Não 22. Monitorizado: Sim Não 23. Sondagem: SNG SNE SOU
 24. Risco de asfixia: Sim Não 25. Risco de perda Sanguínea: Sim Não 26. ABT Profilático: Sim Não se aplica
 27. Fimex de imagem: Sim Não se aplica 28. Placa de bisturi: Sim Não local

Observações:

Menor consciente, orientado, eupnico, corado hidratado, com petro em rádio E, sem submetido e redução luxante.

Sil
Assinatura do Enfermeiro



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - BARRAÚNHS - PE
BLOCO CIRÚRGICO

FOLHA DE CONSUMO

DATA: 14/01/19

PACIENTE: *João Batista Lira de Melo Guedes*

IDENTR: 836243

TÉCNICO RESP.: *Fernando*

HORA: INÍCIO: 16:50' TERMINO: 17:00

INCIDÊNCIO: *Intervenção cirúrgica*

CIRURGIAO: *Dr. Lucio Huber*

1º AUXILIAR:

ANESTESISTA: *Normando Góes*

INSTRUMENTABOR:

MEDICAMENTOS

PSICO BOX

DESCARTAVEIS

Água destilada 10ml	Alfentan 2ml	Aguilha Raqui N°
Água destilada 500ml	Bupivacaina Fesada	Aguilha Insulina
Atropina amp	Bupivacaina	Aguilha 25x
Clorotetra 1amp	Cetecan ap	Aguilha 40x12
Fluocetan amp	Ditrof 1ml/2ml	Algodoão ort. Pacote
Fluocetan amp	Dolantina 2ml	Atadura crepon N° 15cm
Fluocetan composto	Dormivid 3ml	Catéter duplo lumen
Glicorilato de sódio	Dormivid 10ml	Cámlula traqueostomia N°
Glucosamina 10ml	Fentanil 2ml amp	Catéter para O2
Glucosamina iv	Hidental amp	Coletor fechado
Glúteo de potássio	Hydromidate	Coletor aberto
Óxido de Magnésio	Ketamin 5 1ml	Compressa cirúrgica
Carbônico 4amp	Lidocaína 2% CV	Drano laminar
Carbônico	Lidocaína 2% SV	Drano Penrose N°
Carbônico amp	Meloxicina	Drano Succão
Carbônico 4amp	Pancuron amp	Drano Tórax N°
Carbônico 4amp	Propofol amp	Eletrodo
Carbônico 4amp	Prestigmine amp	Equipo Macro simples
Carbônico 4amp	Racuronio	Equipo Hemotransfusão
Carbônico 4amp	Ropivacaina	Equipo BIC
Carbônico 4amp	Sevoflurano	Extensor
Carbônico 500ml	Succinato	Jeito N°
Carbônico 500ml	Tramal amp	Kit Drenagem torácica

FIOS

LÂMINA DE BISTURI N°

Algodoão N°	Lixa Esteril 7.0
Cat-Gut Cromado N°	Lixa Esteril 7.5
Cat-Gut Simples N°	Lixa Esteril 8.0
Picote N°	Lixa Esteril 8.5
Seda N°	Lixa Procedimento
Vicryl N°	Póntix 2 vias
Mononylon N°	Seringa 3ml
Kirschner N°	Seringa 5ml

ANTIBIÓTICOS

Amicacina amp	Seringa 20ml
Ampicilina amp	Seringa Insulina
Cefalotina amp	Sonda Foley 2 vias
Cefotaxima amp	Sonda Foley 3 vias
Ceftriaxona amp	Sonda Nasogástrica
Cilindamicina amp	Sonda Urétral
Gentamicina amp	Sonda Aspiração

OXIGÉNIO

Termeira 3 vias
Uefx

Inicio 16:50' Término 17:00

Litros 3L

01/01/2019
DOMINGO
5º REGIÃO DE SAÚDE
CAMPANHIA



Cachoeirinha

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde

Name UPA

Encampamento 7005
Mocero Suaça de Melo Alcântara
14 casas, com esgoto q.
quedo de mato, o povoado
possui 200 hab. e 80% de
fazendeiros e 20% de desempregados
operários e artesãos
povoado é povoado pobre
pelicano e aveia q.
fazendeiros.

97,031019

Data

Arizona Diamond Angels CRM 17515
627-505-9745

Médico

Pacientes

Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem

— 1 —

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 FIM DO TRATAMENTO MÉDICO:	31/08/18
NAME COMPLETO DA VÍTIMA:	João Marcos Viana de Mello Amorim		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura de lado E		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):			
Tratamento cirúrgico de protese de lado E ALTO 36/3/19			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL 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	Período operatório (lateral tipica da protese mímica com edema (+ + + 14+))
2º	com hiperemia, perda de função interna
3º	externa, rigidez articular
4º	75% Geral

APPROVADO PARA AVALIAÇÃO DA VÍTIMA NO PÉRIODO DE 05/11/2020 A 05/11/2020
 Data: 29/11/19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DIREITOS SOCIAIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CABEÇA DE SERRA

OIR26



POLEGAR DIREITO



João Mário Alves de Melo Júnior

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:37:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516374302800000069212723>
Número do documento: 20110516374302800000069212723

Num. 70586523 - Pág. 28

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.868.041

NOME

JOÃO MÁRCIO VIEIRA DE MELO ALMEIDA >>

DATA DE
EXPEDIÇÃO

07/01/2015

FILIAÇÃO

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

NATURALIDADE

CACHOEIRINHA - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/11/2004

INC ORIGEM << 075242 01 55 2005 1 00013 094

0014656 01 CACHOEIRINHA-PE >>

CPF

124.742.624-66

www.tjpe.jus.br

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.118 DE 29/06/83
T-54 85.095 - 7523



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

VALIDO SOMENTE COM COMPRAVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



ESTADO FEDERATIVO DO BRASIL

EC-5

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURLIN



VALIDA POR 12 MESES

DEFICIÊNCIA
IMPRESSÕES DIGITAIS



Andréa de Souza Mello

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:37:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516374302800000069212723>
Número do documento: 20110516374302800000069212723

Num. 70586523 - Pág. 31

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.105.600

DATA DE
EXPEDIÇÃO 13/01/2014

NOME

<< ARCELINA AMANDA VIEIRA DE MÉLO >>

FILIAÇÃO

<< JOSE 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

055.985.894-01

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93



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

VALÍDO 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 LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS), FUNÇÃO DA
físico: MAO PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA, COM DESVIO ANTERIOR DO RADIO DISTAL, COM PREJUIZO 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

