Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

11/11/2020

Número: **0000550-83.2020.8.17.2640**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Garanhuns**
Última distribuição : **12/02/2020**
Valor da causa: **R$ 20.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AMAURI SILVA MELO (AUTOR)	**RICARDO EUSEBIO RIBEIRO DE ASSIS (ADVOGADO)** **MIRELE ALCIONE DE MELO TEIXEIRA RIBEIRO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
70870725	11/11/2020 16:00	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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672523 **Vítima: AMAURI SILVA MELO**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMAURI SILVA 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. 01849/01850 - carta_01 - INVALIDEZ

00030925

Carta nº 15210699

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, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672523 **Vítima: AMAURI SILVA MELO**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), AMAURI SILVA MELO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:
- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01483/01484 - carta_07 - INVALIDEZ

00040742

Carta nº 15216749

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672523 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: AMAURI SILVA MELO **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
TRAUMA COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º E 3º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ÚMERO, ANTEBRAÇO, REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 2º E 3º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PA Autorização de pagamento **D SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO _____ JRADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Amauri Silva Melo

PORTADOR(A) DO RG Nº 8553321 EXPEDIDO POR SDS PE EM 11/05/2008 E

CPF 097365624-76 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R$ ____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 6327-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9686-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Goianinha, 20 de novembro de 2019. Amauri Silva Melo

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Boletim de ocorrencia

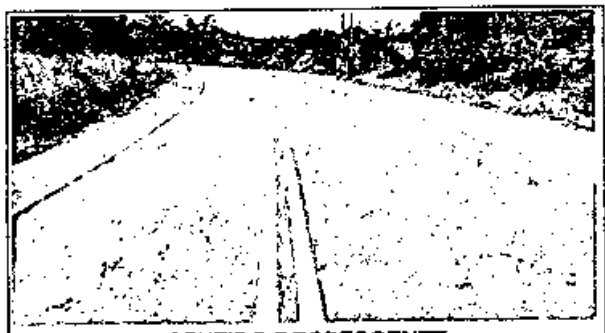
Data: 29/09/2019 Hora: 11:00 Município: GARANHUNS/PE
BR: 424 KM: 95,1 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: FEIJO, 1068854

ASPECTOS DO LOCAL

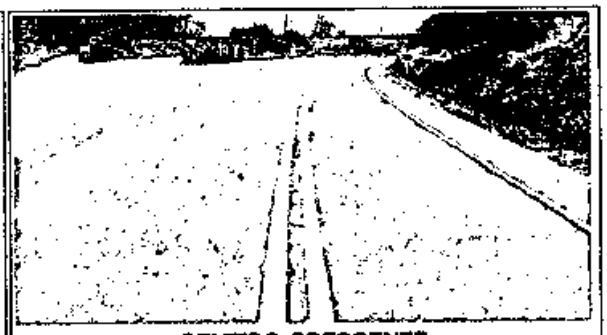
Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Curva, Declive
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Às 11h15 do dia 29/09/2019, fomos informados através da PMPE de Garanhuns acerca de um acidente no Km 95,1 da BR424, local denominado Curva da Laranjeira, em Garanhuns. Chegando ao local, havia uma viatura do Corpo de Bombeiros sobre a via fazendo a segurança da equipe de militares que realizava o socorro do motociclista já imobilizado sobre a maca. No lado externo da curva, no sentido decrescente (Bom Conselho - Garanhuns), em um barranco no local, encontrava-se um RENAULT/SANDERO AUTH 1.0 de placa PDX0600, aqui denominado V1, e, no acostamento oposto, lado interno da curva, ao lado da viatura do Corpo de Bombeiros, encontrava-se em posição de pé uma motocicleta HONDA/CG 150 FAN de placa PDO5330, aqui denominado V2. O V1 apresentava-se com danos nas colunas central e traseira do lado esquerdo, em toda extensão da lataria lateral do centro até a porção traseira, em uma pequena parte do teto, e com o eixo da roda traseira esquerda e vidro traseiro quebrados. Já os danos verificado no V2, eram bem maiores. Tanque, painel, caixa do farol, garfo telescópico quebrado de um lado e empenado do outro, chassi e roda dianteira, todos empenados, seriamente danificados, e com intenso vazamento de gasolina. O condutor e proprietário do V1, Sr. WEBER WANDERLEY FERREIRA DA SILVA, 37 anos e sua passageira, encontravam-se no local sem nenhuma lesão. Ao ser submetido ao teste de alcoolemia, o condutor apresentou resultado negativo, comprovando nenhum consumo de bebida alcoólica. O motociclista e proprietário do V2, Sr. AMAURI SILVA MELO, 28 anos, encontrava-se em estado grave, com várias fraturas pelo corpo, e sob os cuidados de uma equipe do Corpo de

I

[redacted]

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: Nº 190531608301

Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal

Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.

Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**

Assinatura eletrônica

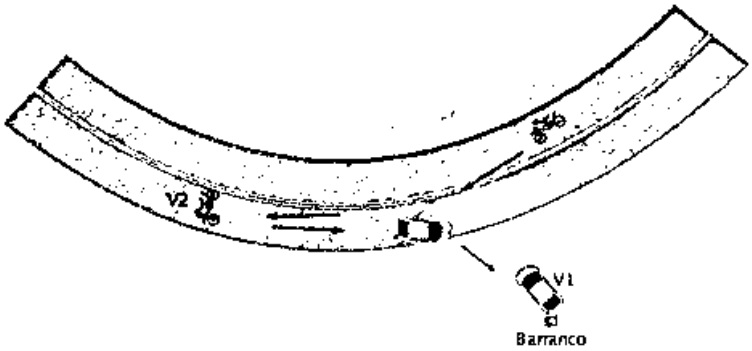
Documento assinado eletronicamente por FEIJO, matrícula 1068854, Policial Rodoviário Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no sítio http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 190531608301 e o número do controle 9C26D2F3F816F4C328CCF2DE8305A7.

191

Bombeiros, não sendo possível a realização do teste de alcoolemia, e nem a percepção quanto ao consumo de bebida alcoólica. Apresentou-se no local como colega do motociclista, o jovem JOSÉ JEKSON GOMES DA SILVA, 23 anos, CPF. 108.263.254-67, o qual recebeu a motocicleta e se responsabilizou pela remoção da mesma. Os danos verificados em ambos os veículos e vestígios no local confirmaram a dinâmica do acidente relatada pelo condutor do V1 e comentada pelos curiosos ali presentes, concluindo-se que o V1 seguia normalmente em sua mão de direção, sentido Bom Conselho - Garanhuns, quando, ao entrar na Curva da Laranjeira, foi surpreendido pelo V2 que, transitando em sentido oposto, perdeu a tangência da curva, invadiu a contramão, colidiu transversalmente na lateral esquerda do V1, fazendo-o perder o controle de direção, sair de pista e repousar após colidir de ré contra um pequeno barranco no lado externo da curva. O V2, após a colisão tombou sobre a via sentido decrescente, e seu condutor lançado na via oposta. Imediatamente, a passageira do V1 ligou para acionar os serviço de socorro médico, e o condutor do V1 permaneceu no local até a chegada da equipe de resgate e da Polícia Rodoviária Federal, a quem prestou todo o esclarecimento necessário à elucidação do caso. Vale salientar que o local é devidamente sinalizado com placas de velocidade e faixas longitudinais duplas amarelas perfeitamente visíveis. O motociclista foi removido para o Hospital Regional Dom Moura em Garanhuns, e o condutor do V1 liberado para providenciar, juntamente com seu seguro, a remoção do veículo.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

Local parcialmente preservado



Bom Conselho,PE

Garanhuns,PE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	
2	Tombamento	

MINISTERIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

MARCAS NO PAVIMENTO

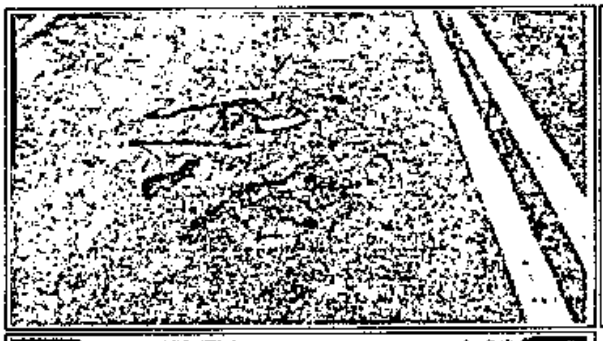
Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

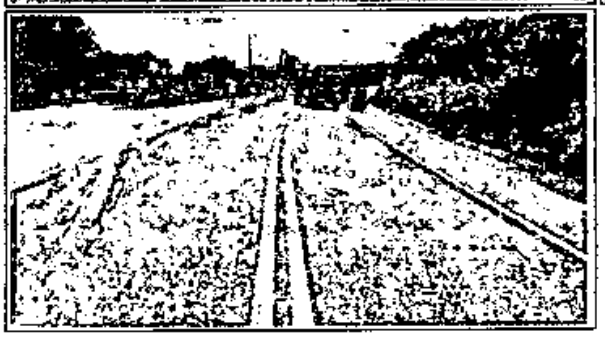
DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

IMAGENS COMPLEMENTARES





V1 - VEÍCULO 1 - PDX0600 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: PDX0600 Marca/modelo: RENAULT/SANDERO AUTH 10 Renavam: 01179850740
Ano fabricação: 2018 Chassi: 93Y5SRF84KJ744581 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FEUO, matrícula 1068854, Policial Rodoviário Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C26D2F3F816F4E326CCF2DEB305A1.

191

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / RENAULT/SANDERO AUTH 10 Placa: PDX0600 Nº BOAT: 19053160B01
Nome do Agente: FEIJO Matrícula do Agente: 1068854 Data: 29/09/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Média

MINISTERIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V1 - Imagens Obrigatórias

IMAGEM DA LATERAL DIREITA

IMAGEM DA TRASEIRA

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

IMAGEM DA FRENTE

Documento assinado eletronicamente por FELIO, matrícula 1068854, Policial Rodoviário Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 3º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C26D2F3F816F4E326CCF2DE830SA7.

Assinatura eletrônica

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V1 - Proprietário

Nome: WEBER WANDERLEY FERREIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 715.241.184-00
Email:
Telefone:
Endereço: RECIFE-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - WEBER WANDERLEY FERREIRA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: WEBER WANDERLEY FERREIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 04/09/1972
CPF: 715.241.184-00
Estado civil: Casado(a)
Sexo: Masculino
Estado físico: Ileso
Usava cinto de segurança: Sim
Informações complementares: Teste de alcoolemia nº 4496 no etilômetro nº 090703.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
Primeira habilitação: 20/11/1990
Nº Registro: 01428569785
UF: PE
Vencimento da habilitação: 24/09/2020
Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA AMALIA BERNARDINO DE SOUSA, 0000000264, AP 803, BOA VIAGEM, RECIFE-PE
Telefone:
Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - ELIDA MIRTES FERRO ANDRADE

V1P1 - Informações

Nome: ELIDA MIRTES FERRO ANDRADE
Data de Nascimento: 21/05/1971
CPF: 578.397.004-20
Sexo: Feminino
Estado físico: Ileso
Usava cinto de segurança: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: JOAO DE SOUZA CAVALCANTE, 0000000445, CASA, BOA VISTA, GARANHUNS-PE
Telefone:
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - PDO5330 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: PDO5330 Marca/modelo: HONDA/CG 160 FAN Renavam: 01170306311
Ano fabricação: 2018 Chassi: 9C2KC2200KR101505 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Vermelha
Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG 160 FAN | Placa: PDO5330 | Nº BOAT: 19053160B01
Nome do Agente: FEIJO | Matrícula do Agente: 1068854 | Data: 29/09/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Grande

V2 - Imagens Obrigatórias

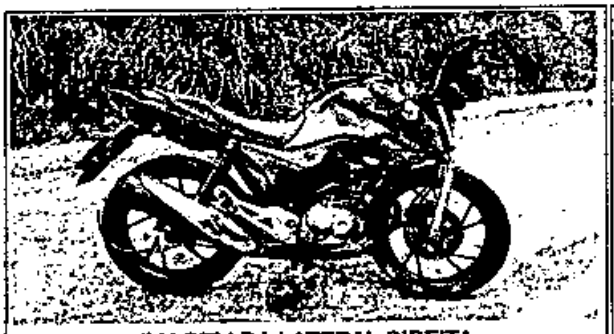


IMAGEM DA LATERAL DIREITA

IMAGEM DA TRASEIRA

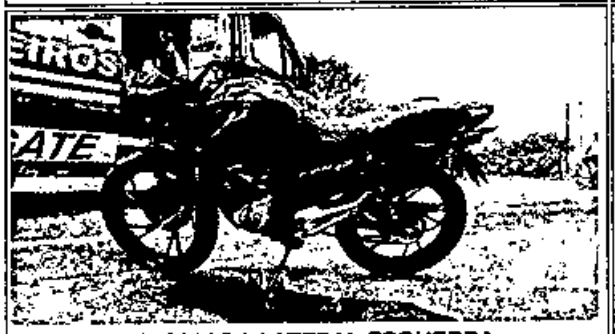


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

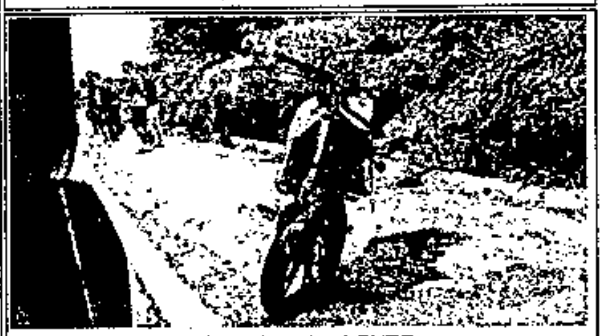


IMAGEM DA FRENTE

Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FEIJO, matrícula 1068854, Policial Rodoviário Federal, em 30/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar, informando o protocolo 19053160B01 e o número de controle 9C26D2F3FB16F4E326CCF2DEB305A7.

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19053160B01

V2 - Proprietário

Nome: AMAURI SILVA MELO
CPF/CNPJ: 097.365.624-76
Email:
Telefone:
Endereço: GARANHUNS-PE

V2C - CONDUTOR DE V2 - AMAURI SILVA MELO

V2C - Informações

Nome: AMAURI SILVA MELO
Data de Nascimento: 28/01/1991
CPF: 097.365.624-76
Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
Primeira habilitação: 08/05/2017
Nº Registro: 06837868701
UF: PE
Vencimento da habilitação: 18/11/2021
Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: TV 1 MONTE SINAI, 0000000056, CASA, HELIOPOLIS, GARANHUNS-PE
Telefone:
Email:

Comp. Reg. de Acidentes Declarados

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/ 1 – DInter/ 1 - 6° Grupamento de Bombeiros

V I S T O
Comandante do 6° GB
HEITOR Martins
Maj OOC/BM
Mat. 970.008-0

Garanhuns-PE, 08 de outubro de 2019.

JOSEMAR PAZ BEZERRA FILHO
Cap QOC/BM - Comandante da 1ªSB

Josemar Paz Bezerra Filho
Cap QOC/BM Mat. 707428-0

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 0043/19 - 6° GB

O Comandante da 1ª SB, do 6° Grupamento de Bombeiros, do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, por solicitação da **Sra. Maria Dulce Silva Melo, RG 4.988.683 SDS/PE, CPF 092.133.944-54**, residente e domiciliada na Primeira Travessa Monte Sinai, nº 56, Severiano de Moraes Filho, Garanhuns- PE certifica que, foi deslocada a viatura AR-1664, da 1ªSB/6°GB Garanhuns, aproximadamente às 11h20min, do dia 29 de setembro de 2019, para atender a uma ocorrência de possível acidente de trânsito, colisão entre carro e moto, ocorrido na BR 424, próximo à curva da laranjinha, zona rural, Garanhuns- PE, envolvendo uma HONDA/CG 160 FAN, de cor vermelha e placa DPO5330 e um RENAUT/SANDERO, de cor branca e placa PDX0600. Vitimando a pessoa de **Amauri Silva Melo** - condutor da moto - que apresentava fraturas abertas no membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo, em decorrência do acidente.

As mesmas foram conduzidas ao Hospital Regional Dom Moura, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como prontuário nº 911.243.

A presente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 1ª Seção de Bombeiros (1ªSB) e pelo Comandante da Unidade. 3° Sgt BM Mat. 798078-7 Daniel Alves **Cavalcante** - Auxiliar da 1ªSB,

Daniel Alves Cavalcante
3º Sgt/BM
Mat.: 798.078-7

CEMPE

6º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS .CNPJ: 00.358.773/0012-05
Rua Pedro Rocha, nº 131, Heliópolis
Garanhuns - PE CEP 56295-470
Fone: (87) 3761 8268/8270 email: 6gb@bombeiros.pe.gov.br

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Amauri Silva Melo, portador da carteira de identidade nº 8553321 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 097.365 624 76, residente e domiciliado na 1ª travessa Monte Sinai, 150, Cidade Goiana, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML

Amauri Silva Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Goiana, 20 de novembro, 2019.

Local e data

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL / FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES SILVA ABELO

CPF: 092.137.944-34 NIS: 1038097[illegible]159

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONVNS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV PIAGNTE SIRIAL SE

HELIOPOLIS/GARANHUNS
GARANHUNS PE
55290-000

0245[illegible]	[illegible]	2240[illegible]
22/08/2018	2001[illegible]	[illegible]

0865523025 08/2019

29/08/2018 20/09/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 20,27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo [illegible]	50,0000000	0,1[illegible]24000	6,74
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kwh	24,0000000	0,[illegible]4015	7,89
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,09
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,77
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,50
Multa por atraso NF 0[illegible] - 24/07/18			0,29
Juros por atraso NF 0[illegible] - 24/07/18			0,02
Atualização IGPM NF 0[illegible] - 24/07/18			0,04
PROCON/UK A-[illegible]			3,00

TOTAL DA FATURA 20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	24/07/2018	[illegible]	22/08/2018	[illegible]	29	1,00000		50,00

Histórico

AGO/18	50
JUL/18	55
JUN/18	45
MAI/18	41
ABR/18	57
MAR/18	55
FEV/18	49
JAN/18	48
DEZ/17	[illegible]
NOV/17	51
OUT/17	52
SET/17	4
AGO/17	61

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	14,44	0,24	0,10
PIS/COFINS	14,44	3,42	0,49

Geração de Energia	R$ 7,05	49,81%
Transmissão	R$ 0,71	4,97%
Distribuição (Celpe)	R$ 4,21	29,69%
Perdas de Energia	R$ 1,35	9,53%
Encargos Setoriais	R$ 0,41	2,91%
Tributos	R$ 0,59	4,09%
Total	R$ 14,44	100%

TARIFA APLICADA

Consumo Ativo 30kWh
Consumo Ativo Adicional 100kWh

Comprovante de residencia

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

Pernambuco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL

Nome: [illegible] Idade: 28

Situação/Queixa: [illegible]

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:

Doenças Preexistentes:

Medicações em uso: N

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

Documentação médico - hospitalar

PARÂMETROS

PA 130x89	FC	R.	T	SpO2 100	HGT:	Peso:	Glasgow:

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Agitado	Calmo
Sedado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispnéias aos esforços	Dispnéia de repouso	Dispnéia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Costas	Abdômen

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE - GARANHUNS - PE -

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma: [illegible]

Data: 29/09/19

[illegible]ago Tenório
Enfermeiro
COREN-PE 467.787
Assinatura/Carimbo

CONDUTA DE ENFERMAGEM

HORA	DATA	TRANSCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - MANEJO INICIAL - SAE	HORÁRIO

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Assinatura/Carimbo

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
29/05/95		Paciente admitido no esti trazido por o SAMU vítima de acidente com moto + lesões pulmonares em ASE e MSE, consciente e orientado [illegible] + monitorização + [illegible] + [illegible] (02 12H) membros protegidos com tala gessada. Tomado pelo Hosp. dia Restauração Saúde 25.30h. Senhor - 5782187 Ambulância e médico da rua.

Assinatura/Carimbo

HRDM Hospital Regional Dom Moura

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

FICHA DE ATENDIMENTO

mero do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
1243	29/09/2019 às 12:02:21		EMERGENCIA GERAL

ormações prestada pelo paciente ou acompanhante:

ciente: 000059138 - AMAURI SILVA MELO
JS: 706809276876320 Nascimento: 28/01/1991 Idade: 28 anos Sexo: Masculino Cor:
tado Civil: Solteiro(a) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: GARANHUNS Nacionalidade: Brasileiro
ocumento: G - 8553321
Filiação: Pai: JOSE AMAURI DA SILVA Mãe: MARIA DULCE SILVA MELO
ıdereço (Av., Rua, etc): RUA ATAULFO ALVES, Nº. 24 Complemento:
ırro: MASSARANDUBA Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone:
ompanhante:
orrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
ocedência: Massaranduba Meio de Transporte:

endimento Médico:

ta: 28/09/19 Hora: 12:05 Médico: CRM:
ueixa Principal:
DA: Vítima de queda de motocicleta há 30 minutos, sem perda de consciência, apresenta fratura exposta em MIE + MSE

stória do Trauma:

erda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐	
cidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:		
olisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐	Passageiro ☐
ropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:		
tima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura: m
queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:	
ondições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐			

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

xame físico:

: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.: °C

GCS quando, ofegante, taquicárdico, taquipneico (28 ipm)

: Respiratório

: Circulatório	PA: 128 x 70 mm Hg	Pulso: 125 bpm

: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

lasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

(15)

E: Abdômen plano, flácido, p/ dolorosa, pelve estável.

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

MIE: óbito interno MIE + fratura

Resultado dos Exames: grandes fragm + tibia e

Tratamento/Procedimento: ossos distais ausentes

MSE: fratura expos 2°, 3°, 4°, 5°

ADE + braço + antebraço

pulso radial 37

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

(1) SNC 20000 ZVA

(2) Cefalotina 1g - 2FA + AO IV gte

Diagnóstico Definitivo: (3) VAT

Diagnóstico do Caso: (4) Tetanopano 250 ui

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

(5) Morfina 10mg - 0,5mg + AO 8ml - EBE

3ml de solução oral

Condições de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: / / Hora:

(6) Alta / HT Realizado

(7) Alta MIE, braço, MSE, abdômen, pelve

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE - GARANHUNS - PE

Dr. Orlito Barros
Cirurgia Vascular
CRM-PE 12700

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde: Hospital Regional Dom Moura	Município: Garanhuns	Região de Saúde	
Nome do Paciente: Amauri Silva Melo			
Quadro Clínico: Quedas de Motocicleta (perda de consciência + Vômitos)			
Diagnóstico: Politraumatismo			
1ª REMOÇÃO Destino: HR-578 2187 13:30	Município	H. de Saída	H. de Chegada
Motivo (Registro detalhado): Vítima de queda de Motocicleta apresentou perda de consciência, trauma de tórax + antebraço E + Vômitos + Pé D, dorso dental + ausência de pulsos distais			
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M		Data
2ª REMOÇÃO Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
Motivo (Registro detalhado): * Avaliação Traumato + Ortopedia + NCR. * Feito Cefalotino 2g * VAT Feito * Tetanogloma 250UI IM Feito			
Assinatura do Responsável: * FC-172	Nº do C.R.M		Data
3ª REMOÇÃO Destino: PA-110x65mmHg	Município	H. de Saída	H. de Chegada
Motivo (Registro detalhado)			
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M		Data
4ª REMOÇÃO Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
Motivo (Registro detalhado)			
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M		Data
Unidade prestadora do atendimento	Município	H. de Saída	H. de Chegada
Especificação do Atendimento Prestado			
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M		Data

Dr. Bruno Barros
Cirurgião Vascular
CRM-PE 22700

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde: Hospital Regional Dom Moura	Município: Garanhuns	Região de Saúde
Nome do Paciente: Amani Silva Melo		
Quadro Clínico: Queda de Motocicleta (perda de consciência + trauma facial)		
Diagnóstico: Politraumatismo		

1ª REMOÇÃO	Destino: HR-5782187 13:30	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado): Vítima de queda de Motocicleta apresentando perda de consciência, trauma de crânio + ortopedia E + Nau [illegible] + PCD, cirurgia dental + cirurgia de [illegible] dentes.			
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M		Data
2ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado): * Avaliação Traumato Bucal + NCR. * Feito Cefalotino 2g * VAT Feito * Tetanogloma 250UI IM Feito			
	Assinatura do Responsável: * FC-122	Nº do C.R.M		Data
3ª REMOÇÃO	Destino: PA-110x65mmHg	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)			
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M		Data
4ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)			
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M		Data
Unidade prestadora do atendimento		Município	H. de Saída	H. de Chegada
Especificação do Atendimento Prestado				
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M		Data

Dr. Pedro Barros
Cirurgião Vascular
CRM-PE 22700

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

28-08-19 Paciente admitido em Sala Vermelha trazido pelo Samu após acidente de motocicleta com múltiplas fraturas realizado curso periférico em MSD com jelco nº 18 para infusão de medicamentos + infusão de concentrado de hemácias monitorizado + oxímetro de pulso realizado passagem de SVD drenou presente foi n c PA e segue a unidade

às 14:30 início hemotransfusão com PA: 110x80 mmHg
T: = 36ºC
FC: 110 bpm Término: 15:20

Nome do Produto: C.H.
Grupo Sanguíneo: O
Fator Rh/D: Positivo
Data: 28/08/19 Compat.: SIM☐ NÃO☐
Paciente: Juliana Silva Melo
RG/RGH:
Hospital: HPom
Enfermaria: Leito:
Assinatura do Responsável

HEMOPE

Nome do Produto: C.H.
Grupo Sanguíneo: O
Fator Rh/D: Pos
Data: 28/08/19 Compat.: SIM☐ NÃO☐
Paciente: Juliana Silva Melo
RG/RGH:
Hospital: HPom
Enfermaria: Leito:
Assinatura do Responsável

HEMOPE

16:00 início 2º bolsa com PA: 120x70 mmHg T: 36,2ºC paciente transferido para H.R. acompanhado pelo cirurgião

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE - GARANHUNS - PE

866217

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REGISTRO Nº: _____
ENF.: _____ LEITO: _____ CLÍNICA: _____

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
28.08	13:00	36,2	118	18	110/80	mm 14	SPO2 99%	
28.08	15h	36,2	100	17	120/70	mm 14	SPO2 98%	

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE - GARANHUNS - PE -

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS

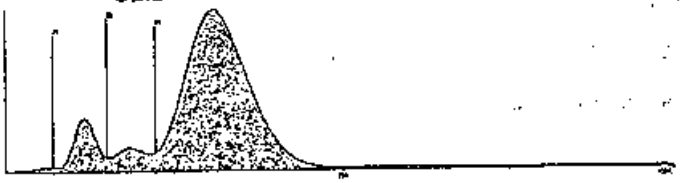
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HRDM

137594 CTX 2019/09/29 13:23:46

Tipo: Human / Open / Humano

WBC	21.2	↑ $10^3/\mu L$	[3.7 - 11.7]	LYM	2.5	$10^3/\mu L$	[1.1 - 3.6]
MID	1.3	↑ $10^3/\mu L$	[0.2 - 1.2]	GRA	17.4	↑ $10^3/\mu L$	[1.9 - 7.9]
LYM%	12.0	↓ %	[14.1 - 52.8]	MID%	6.2	%	[3.2 - 17.7]
GRA%	81.8	↑ %	[39.6 - 78.4]				



RBC	3.74	↓ $10^6/\mu L$	[3.88 - 5.78]	HGB	11.2	↓ g/dL	[12.0 - 17.2]
MCV	86.9	fL	[78.0 - 96.0]	HCT	32.5	↓ %	[34.8 - 50.9]
MCH	30.50	pg	[26.40 - 33.20]	MCHC	35.1	g/dL	[31.8 - 36.7]
RDWsd	39.3	fL		RDWcv	12.7	%	[11.3 - 14.7]

PLT	212	$10^3/\mu L$	[172 - 440]	MPV	8.2	fL	[6.1 - 9.1]
PCT	0.17	%		PDWcv	49.6	%	
PDWsd	10.1	fL		PLC-R	39	%	
PLC-C	83	$10^3/\mu L$					

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE - GARANHUNS - PE -

Blood Sensor disabled

Leuco ____
Hm 3.74 Bt ____ LT ____
Hb 11.0 Seg ____ LA ____
Htc 32.5 E ____ M ____
Plt ____

Judson Wallace Rodrigues
CRBM 4.850

Av. Simas Gomes, S/N [illegible] Garanhuns - PE
CEP [illegible]
E-mail: [illegible]

2019/09/29 13:23:52

Analisado em HA30H18061

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL [redacted]
GARANHUNS

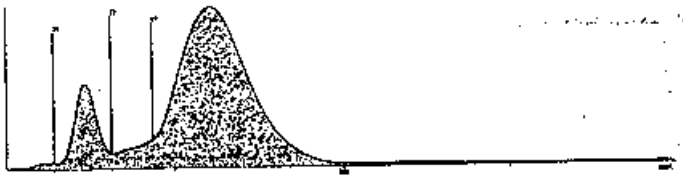
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HRDM

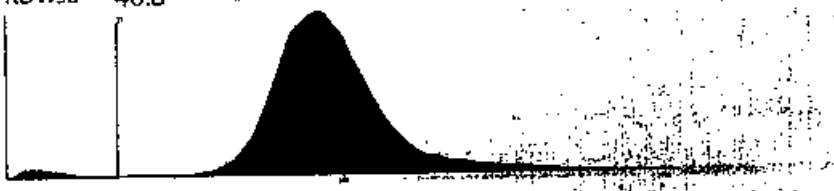
137593 CTI 2019/09/29 12:15:26

Tipo: Human / Closed / Humano

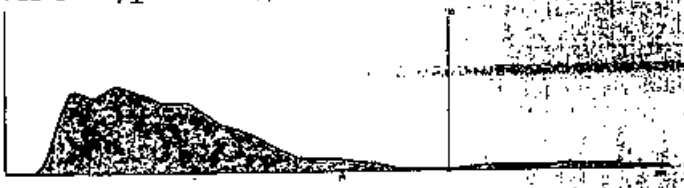
WBC	11.8	↑ $10^3/\mu L$	[3.7 - 11.7]	LYM	2.0	$10^3/\mu L$	[1.1 - 3.6]
MID	0.6	$10^3/\mu L$	[0.2 - 1.2]	GRA	9.2	↑ $10^3/\mu L$	[1.9 - 7.9]
LYM%	16.7	%	[14.1 - 52.8]	MID%	5.0	%	[3.2 - 17.7]
GRA%	78.3	%	[39.6 - 78.4]				



RBC	4.23	$10^6/\mu L$	[3.88 - 5.78]	HGB	12.8	g/dL	[12.0 - 17.2]
MCV	91.1	fL	[78.0 - 96.0]	HCT	38.5	%	[34.8 - 50.9]
MCH	30.70	pg	[26.40 - 33.20]	MCHC	33.7	g/dL	[31.8 - 36.7]
RDWsd	40.8	fL		RDWcv	11.2	↓ %	[11.3 - 14.7]



PLT	182	$10^3/\mu L$	[172 - 440]	MPV	9.7	↑ fL	[6.1 - 9.1]
PCT	0.18	%		PDWcv	51.6	%	
PDWsd	12.5	fL		PLC-R	39	%	
PLC-C	71	$10^3/\mu L$					



HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
- GARANHUNS - PE -

Leuco
Hm 4.23 Bt ___ Cr ___
Hb 12.8 Seg ___ Ht ___
Htc 38.5 E ___ ___
Plt ___

Judson Wallace Rodrigues
CRBM 4.850

Av. Simões Gomes, S/N [redacted] – PE
CEP: [redacted]
E-mail: [redacted]

2019/09/29 12:15:34

Analisado em HA30H18061

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

GOVERNO DE Pernambuco

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: AMAURI SILVA MELO	PRONTUÁRIO: 1695244	ATENDIMENTO: 01489319
DATA DE NASCIMENTO: 28/01/1991	FOI ATENDIDO EM: 29/09/2019 Às 18:49	
	DATA DA ALTA: 17/10/2019 ÀS 09:58	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE UMERO ESQUERDO (CID: S.42) + FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇÃO ESQUERDO (CID:S.52) + AMPUTAÇAO DE QUIRODACTILOS ESQUERDO (CID:S.68.1)+ FRATURA DE FEMUR ESQUERDO (CID: S.72) + FRATURA DE TIBIA ESQUERDO (CID:S.82).

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMERO ESQUERDO, OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, REGULARIZAÇAO DO COTO DE AMPUTAÇAO DE 2º E 3º QUIRODACTILO ESQUERDO, FEMUR ESQUERDO ESQUERDO E TIBIA ESQUERDA.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS;
CURATIVO DIARIO NO POSTO DE SAUDE;
ORIENTAÇOES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS, PARA DR. LEONARDO GOUVEIA (FX DE FEMUR E TIBIA ESQUERDA) E RETORNAR APOS 15 DIAS PARA DR. RINALDO LUCENA (UMERO E OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO).

Dr. Avner Alencar
Médico
CREMEPE 26 700

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

Recife, 17, OUTUBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

GOVERNO DE PERNAMBUCO

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: AMAURI SILVA MELO Clínica:	Prontuário: 1695244 Atendimento: 1489319 Leito: 601-L03

USO ORAL
USF INDIVIDUAL

1. CIPROFLOXACINO 500MG ---------- 28 COMP;
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR 14 DIAS.

2.FLANCOX 500MG ---------- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR 5 DIAS.

3. DIPIRONA 1G ---------- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 6/6H SE DOR.

4.XARELTO 10MG ---------- 01 CX
TOMAR 01 COMP POR DIA.

Dr. Antônio Alencar
Médico
CRM/PE 26.793

Data: 17/10/2019	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: AMAURI SILVA MELO Clínica:	Prontuário: 1695244 Atendimento: 1489319 Leito: 601-L03

USO ORAL

1. CIPROFLOXACINO 500MG ---------- 01 CX COMP;
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR 5 DIAS.

2.FLANCOX 500MG ---------- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR 5 DIAS.

3. DIPIRONA 1G ---------- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 6/6H SE DOR.

4.XARELTO 10MG ---------- 01 CX
TOMAR 01 COMP POR DIA.

USF INDIANO I
ENTREGUE
23 / 10 / 19

USF INDIANO I
ENTREGUE

Data: 17/10/2019	Dr. André Menezes Médico CREMEPE 25.793 Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Av.Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

Informações do Atendimento

Consulta.....: 14/11/2019 7:00 Hr

Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Médico.....: 310 - LEONARDO MOURA DE GOUVEIA

Agenda.....: 51636

OK

Informações do Paciente

Paciente.....: 1695244 **Same.....:** 876346

Nome.....: AMAURI SILVA MELO

Sexo.....: MASCULIN

Fone.....: Residencial: (81) - 31815400 / Celular: () - **Nasc.....:** 28/01/1991

Endereço.....: TRAVESSA MONTE SINAIS, 56 - CENTRO - GARANHUNS - PE - Cep: 55294210

Cidade.....: GARANHUNS

Agendado por: THARCYZOLAS

Mleno
30 dis

Dr. Leonardo Moura de Gouveia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14908

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

Informações do Atendimento

Consulta.....: 04/11/2019 6:00 Hr

Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Médico.....: 376 - RINALDO ROCHA DE LUCENA

Agenda.....: 51505

Informações do Paciente

Paciente.....: 1695244 **Same.....:**

Nome.....: AMAURI SILVA MELO

Sexo.....: MASCULIN

Fone.....: Residencial: (81) - 31815400 / Celular: () - **Nasc.....:** 28/01/1991

Endereço.....: TRAVESSA MONTE SINAIS, 56 - CENTRO - GARANHUNS - PE - Cep: 55294210

Cidade.....: GARANHUNS

Agendado por: THARCYZOLAS

Documentos de identificação

NOME
AMAURI SILVA MELO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8353321 SDS PE

CPF
097.265.624-76

DATA NASCIMENTO
20/01/1991

FILIAÇÃO
JOSÉ AMAURI DA SILVA
MARIA DÚLCE SILVA MELO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06927868701

VALIDADE
28/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/05/2017

OBSERVAÇÕES
EAR

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1676577770

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676577770

LOCAL
GARANHUNS, PE

DATA EMISSÃO
04/05/2018

PERNAMBUCO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429203/19

Vítima: AMAURI SILVA MELO

Data do acidente: 29/09/2019

CPF: 097.365.624-76

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AMAURI SILVA MELO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros

AMAURI SILVA MELO : 097.365.624-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: AMAURI SILVA MELO
CPF: 097.365.624-76

AMAURI SILVA MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Seguradora LÍDER

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Amauri Silva Melo.

Data do Acidente: 29.09.19 | Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não | Nº CPF: 097365624 76

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse **www.seguradoralider.com.br** ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: **4020-1596**/ Outras regiões: **0800 022 12 04** / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ **Registro de Ocorrência Policial** – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☒ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☒ **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- ☒ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ **Registro de Ocorrência Policial** – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ **Comprovantes das despesas** (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☐ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- ☐ **o Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☐ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☐ **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples)
- ☐ **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)
- ☐ **Laudo Cadavérico** (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Amauri Silva Melo.

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal | CPF do portador: 097.365.624 76

E-mail: amauritapadinho@gmail.com | Tel.: (84) 9 8128 8393

Data: 20.11.2019 | Assinatura: Amauri Silva Melo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AGF eduardo

Atendente: Marcio Rossy Dantas | Matrícula: 327-2 [illegible]

Data: 20.11.19 | Assinatura: [illegible]

Marcio Rossy Dantas
Mat. 327-2
AGF Colinas
[illegible]-72

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429203/19

Vítima: AMAURI SILVA MELO **Data do acidente:** 29/09/2019

CPF: 097.365.624-76 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** AMAURI SILVA MELO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AMAURI SILVA MELO : 097.365.624-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 03/12/2019	Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: AMAURI SILVA MELO	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 097.365.624-76	CPF: 068.500.787-12
AMAURI SILVA MELO	Patricia Aleixo Silva