



Número: **0006453-84.2020.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**

Última distribuição : **01/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (AUTOR)		ANA LUIZA NUNES MARTINS DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71443515	23/11/2020 14:26	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073176

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do acidente: 29/07/2017

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM ANQUILOSE DO JOELHO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA. COMPLICAÇÃO: ENCURTAMENTO DA TÍBIA, COM ANQUILOSE DO JOELHO. ALTA MÉDICA: 06/02/2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073176

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do acidente: 29/07/2017

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO (ILIZAROV) E ALTA.
P 1/3/5/7/10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @ P 3
#

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

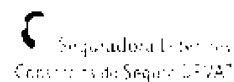
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

Número do Sinistro: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF: 072.762.884-47

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 29/07/2017

Titular do CPF: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/07/2019
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
CPF: 072.762.884-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

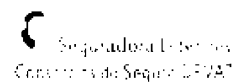
Data do cadastramento: 26/07/2019
Nome: DAYON LOIOLA DA SILVA
CPF: 087.178.797-01

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

DAYON LOIOLA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

Número do Sinistro: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF: 072.762.884-47

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 29/07/2017

Titular do CPF: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2019
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
CPF: 072.762.884-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Alexandre Tavares Belfort





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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 29/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13898312





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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 29/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01593/01594 - carta_03 - INVALIDEZ

00080797



Carta nº 13900477





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, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 29/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01653/01654 - carta_03 - INVALIDEZ

00050827



Carta nº 14629805





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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190073176 Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 29/07/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

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. 01909/01910 - carta_02 - INVALIDEZ

00010955



Carta nº 14753437





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, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 29/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00527/00528 - carta_25 - INVALIDEZ

00030264





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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 29/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000004028

Conta: 000003076-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	072.462.884-47	Fernando Leite da Silva Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Fernando Leite da Silva Gomes				agricultor
Endereço		Número	Complemento	
Rua D		33	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Centro Pedrinhas	Petrolina	PE	56.300-000	
Email			Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☒ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todas os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 4028		D.V. 013		CONTA NRO. 3-027		D.V. 4	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Petrolina, 17 de Janeiro de 2019
Local e Data

Fernando Leite da Silva Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



e: 1 Document Name: untitled

IXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 17/01/2019

P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

: 4028 JUSTICA FED. PETROLIN OPER: 013 CONTA: 3.027-4
PERIODO: 17012019 ATE: 17012019 CPF: 072.762.884-47
ME: FERNANDO LEITE DA SILVA G VLR. BLQ. JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	------------------	---------	-----------	-----------

SALDO EM 16/01/2019 RS 0,00

AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	TEY2F782
RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR


SALZA
CARNA ECONOMICA FEDERAL
Hermes Barros Filho
Técnico Bancário
Mat. 336.105-2

e: 17/01/2019 Time: 15:44:37



Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA -
DP214ªCIRC DINTERZ/20ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0304002168

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/06/2018 às 11:31

Complemento do BO: 17E0304005594

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuidoso (Consumado)
que aconteceu no dia 29/7/2017 no período da Tarde

**LOCAL DO ACIDENTE: ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO PEDRA
GRANDE, ESTRADA DAS PEDRINHAS - ZONA RURAL
PETROLINA PERNAMBUCO BRASIL
VIA PÚBLICA**

Respostas fornecidas na ocorrência:

1. NOME DO ACIDENTADO: JOÃO
2. NOME DO ACIDENTADO: JOÃO

Objetos envolvidos na ocorrência:

1. NOME DO VEÍCULO: FUSCA
2. NOME DO VEÍCULO: FUSCA

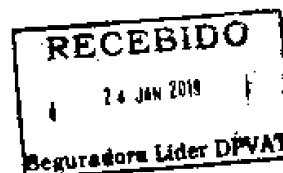
Qualificação do(s) envolvido(s) no acidente:

**MARCEL JOSE DOS SANTOS (presente no plantão) - 1ª. Marcado - JOANA
MARIA DOS SANTOS - JOSE ABILIO DOS SANTOS - 26/12/1972
PETROLINA PERNAMBUCO BRASIL - 4313481-00-00 (RG)
77331738472 (CPF) - COLTEIRO(A) - 1ª. GRAU INCOMPLETO
PETROLINA(A) - 7302571230**

**ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO RIO VERDE, POVOADO
PEDRINHAS - CERC - ZONA RURAL - PETROLINA PERNAMBUCO BRASIL
CONDUCTOR NÃO HABILITADO**

NÃO SE APLICA - 1. NÃO INFORMADO

Assinatura Eletrônica de Documento do Representante - 23/11/2020 14:26:02
Assinatura Eletrônica de Documento do Representante - 23/11/2020 14:26:02



FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino
MARLENE LEITE DA SILVA GOMES por: **CARLOS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: 31/01/1983
 Nacionalidade: PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8647624/008 PE (RG) 97276228447 (CPF) e 1. do CIVIL SOLTEIRO(A) Nacionalidade: 1.
 Grau Completo: Profissional: ELETRICISTA Telefone Celular: 87931188408

Endereço: (atribuída por esta unidade operacional) IML PARA EXAME DE CORPO DELITO
 Endereço: ZONA RURAL DE PETROLINA, 11, RUA B POVOADO DE PEDRINHAS
 MUN. PETROLINA-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO
 BRASIL

Quantificação de: Objeto(s), envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). **MANOEL JOSE DOS SANTOS**,
 que estava em posse do(a) Sr(a) **MANOEL JOSE DOS SANTOS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unidade: **0,00 (REAL)**

Rua: **POJ7657** (PERNAMBUCO/PETROLINA, CHUVA: 902304110CR577214
 Ano Fabricação/Modelo: 2012-2012 Combustível: **ALCOOL**
 Chassi: **HONDA/CG 125 FAN KS** EM NOME DE: **IGOR DANIEL DOS SANTOS**, CPF: 865862604-21

Complemento / Observação

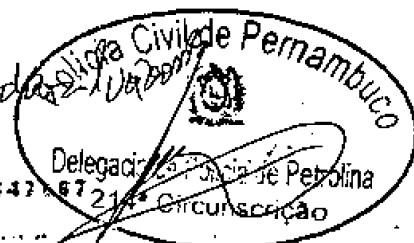
COMPARECEU A ESTA D.P.A. VITIMA, SR. **MANOEL JOSE DOS SANTOS**, NOS
 COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO (OBS: CONDUTOR NÃO HABILITADO) A
 MOTOCICLETA, ACIMA DISCRIMINADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E
 CAIU AO CHÃO. INFORMA TAMBÉM QUE ESTAVA NA COMPANHIA DE UM AMIGO,
FERNANDO, QUE ERA PASSAGEIRO, TAMBÉM MACHUCOU-SE NA QUEDA E AINDA
 ENCONTRA-SE INTERNADO. APÓS O ACIDENTE AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS
 PELO SAMU, CONFORME CERTIDÃO 247/2017 E CONDUZIDAS PARA O HOSPITAL DE
 ENSINO. EM TEMPO: ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA HOJE 27.08.2015 O SR.
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA
 CITADOS ANTERIORMENTE, QUANDO VIAJAVA COMO CARUPA NA MOTO ACIMA
 DESCRITA, QUE ERA PILOTADA POR **MANOEL JOSE DOS SANTOS** EM UMA CURVA
 CAIU DA MOTO E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, TENDO SIDO SOCORRIDO POR
 EQUIPES DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE,
 CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 86926163
 ASSINADO POR DR. **JOAQUIM BEDOR**.

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

MANOEL JOSE DOS SANTOS
 (VITIMA)

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: 3847167



27/08/2016 12:40





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0304002168**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/06/2018** às **11:31**

Complementa o BO Número: **17E0304003594**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/7/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO PEDRA GRANDE, ESTRADA DAS PEDRINHAS** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE);
MANOEL JOSE DOS SANTOS (VÍTIMA);
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência); que estava em posse do(a) Sr(a): MANUEL JOSE DOS SANTOS

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

MANOEL JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOANA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSE ABILIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **25/12/1972** Nacionalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4313401-SDS-PE (RG); 77591798472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 87988571236**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO RIO VERDE, POVOADO PEDRINHAS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Detalhes/Observações: **CONDUTOR NAO HABILITADO**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLENE LEITE DA SILVA GOMES** Pai: **CARLOS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **31/1/1983** Nacionalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9647924-SDS-PE (RG); 07276288447 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 87991168408**

Exame pericial solicitado por esta unidade operacional: **IMI PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 11, RUA B POVOADO DE PEDRINHAS MUN. PETROLINA-**



PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **MANOEL JOSE DOS SANTOS** que estava em posse do(a) Sr(a) **MANOEL JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido **Não**
Cor **PRETA** - Quantidade **0 (UNIDADE)** Unitário **0,00 (REAL)**

Placa **PGJ7857** (PERNAMBUCO/PETROLINA); Chassi **9C2JC4110CR577214**

Ano Fabricação/Modelo **2012/2012** Combustível **ALCO/GASOL**

Descrição **HONDA/CG 125 FAN KS EM NOME DE: IGOR DANIEL DOS SANTOS, CPF 093962604-21**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P.A VÍTIMA, SR. MANOEL JOSE DOS SANTOS, NOS COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO (OBS: CONDUTOR NÃO HABILITADO) A MOTOCICLETA, ACIMA DISCRIMINADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU AO CHÃO. INFORMA TAMBÉM QUE ESTAVA NA COMPANHIA DE UM AMIGO, FERNANDO, QUE ERA PASSAGEIRO, TAMBÉM MACHUCOU-SE NA QUEDA E AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO. APOS O ACIDENTE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, CONFORME CERTIDÃO 247/2017 E CONDUZIDAS PARA O HOSPITAL DE ENSINO. EM TEMPO: ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA HOJE 27.06.2018 O SR. FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA CITADOS ANTERIORMENTE, QUANDO VIAJAVA COMO GARUPA NA MOTO ACIMA DESCRITA, QUE ERA PILOTADA POR MANOEL JOSE DOS SANTOS EM UMA CURVA CAIU DA MOTO E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, TENDO SIDO SOCORRIDO POR EQUIPES DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 50966165 ASSINADO POR DR. JOAQUIM REDOR.

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

MANOEL JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
(VITIMA)

R.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula **3847667**





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0304002168**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/06/2018** às **11:31**Complementa o BO Número: **17E0304003594****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **29/7/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SITIO PEDRA GRANDE, ESTRADA DAS PEDRINHAS** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MANOEL JOSE DOS SANTOS (VITIMA)
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**

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

MANOEL JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOANA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSE ABILIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **25/12/1972** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4313401/SDS/PE (RG), 77591798472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 87988571236**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SITIO RIO VERDE, POVOADO PEDRINHAS - CEP: 0 -**
Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Detalhes/Observações: **CONDUTOR NAO HABILITADO**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLENE LEITE DA SILVA GOMES** Pai: **CARLOS GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **31/1/1983** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9647924/SDS/PE (RG), 07276288447 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 87991168408**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 11, RUA B POVOADO DE PEDRINHAS MUN. PETROLINA.**

18/07/2019 15:29



PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL JOSÉ DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Placa: **PGJ7857** (PERNAMBUCO/PETROLINA) Chassi: **9C2JC4110CR577214**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **HONDA/CG 125 FAN KS EM NOME DE: IGOR DANIEL DOS SANTOS, CPF 093962604-21**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P A VÍTIMA, SR. MANOEL JOSE DOS SANTOS, NOS COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO (OBS: CONDUTOR NÃO HABILITADO) A MOTOCICLETA, ACIMA DISCRIMINADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU AO CHÃO. INFORMA TAMBÉM QUE ESTAVA NA COMPANHIA DE UM AMIGO, FERNANDO, QUE ERA PASSAGEIRO, TAMBÉM MACHUCOU-SE NA QUEDA E AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO. APOS O ACIDENTE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, CONFORME CERTIDÃO 247/2017 E CONDUZIDAS PARA O HOSPITAL DE ENSINO. EM TEMPO: ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA HOJE 27.06.2018 O SR. FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA CITADOS ANTERIORMENTE, QUANDO VIAJAVA COMO GARUPA NA MOTO ACIMA DESCRITA, QUE ERA PILOTADA POR MANOEL JOSÉ DOS SANTOS EM UMA CURVA CAIU DA MOTO E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, TENDO SIDO SOCORRIDO POR EQUIPES DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 50988165 ASSINADO POR DR. JOAQUIM BEDOR.

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

MANOEL JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: **3847667**



18/07/2019 15:29





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0304000947**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2018** às **09:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/7/2017** às **14:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, PRÓXIMO AO POVOADO DE NOVA
DESCOBERTA, NESTE MUNICÍPIO.** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO**
/BRASIL

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO LEITE
DA SILVA GOMES**



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

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLENE LEITE DA
SILVA GOMES Pai: CARLOS GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 31/1/1983 Naturalidade: PETROLINA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9647924/SDS/PE (RG), 07276288447 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Telefones Celulares:
- 87991168408**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 11, RUA B POVOADO DE PEDRINHAS MUN. PETROLINA-PE -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL, TRABALHA NA MAJESTOSA
(CELPE)**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TWISTER** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA.** Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **0** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

18/07/2019 15:30



Descrição: **NÃO FOI FORNECIDA PLACA NEM CHASSI DA MOTO ENVOLVIDA NO ACIDENTE.**

Complemento / Observação

INFORMA O SR. FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES DE QUE NO DIA E HORA CITADOS ANTERIORMENTE, QUANDO VIAJAVA COMO GARUPA NA MOTO ACIMA DESCRITA, EM UMA CURVA CAIU DA MOTO E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, TENDO SIDO SOCORRIDO POR EQUIPES DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DESTA CIDADE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 50986165 ASSINADO POR DR. JOAQUIM BEDOR.

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

**FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: **3847667**



18/07/2019 15:30





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0304003594**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/10/2017** às **10:38**

Complementado pelo BO Número: **18E0304002168**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/7/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO PEDRA GRANDE, ESTRADA DAS PEDRINHAS** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
MANOEL JOSE DOS SANTOS (VITIMA)
FERNANDO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **MANOEL JOSE DOS SANTOS**



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

MANOEL JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOANA MARIA DOS SANTOS** Pai: **JOSE ABILIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **25/12/1972** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4313401/SDS/PE (RG). 77591798472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 87988571236**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, SÍTIO RIO VERDE, POVOADO PEDRINHAS - CEP: 0 -**
Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Detalhes/Observações: **CONDUTOR NAO HABILITADO**

FERNANDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL JOSE DOS SANTOS**

18/07/2019 15:31



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGJ7857** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **EM NOME DE: IGOR DANIEL DOS SANTOS, CPF 095962604-21**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P A VÍTIMA, SR. MANOEL JOSE DOS SANTOS, NOS COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO (OBS: CONDUTOR NÃO HABILITADO) A MOTOCICLETA, ACIMA DISCRIMINADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU AO CHÃO. INFORMA TAMBÉM QUE ESTAVA NA COMPANHIA DE UM AMIGO, FERNANDO, QUE ERA PASSAGEIRO, TAMBÉM MACHUCOU-SE NA QUEDA E AINDA ENCONTRA-SE INTERNADO. APOS O ACIDENTE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, CONFORME CERTIDÃO 247/2017 E CONDUZIDAS PARA O HOSPITAL DE ENSINO.

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

MANOEL JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL DE OLIVEIRA SAMPAIO** - Matrícula: **272808-7**



18/07/2019 15:31



Certidão de nascimento



República Federativa do Brasil
Registro Civil das Pessoas Naturais

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

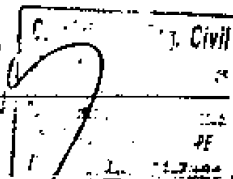
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

076745 01 55 1992 1 00148 027 0077469 40

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO Trinta e um de janeiro de mil novecentos e oitenta e três		DIA 31	MÊS 01	ANO 1983
HORA NASC 06h00min	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Petrolina/PE			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF Petrolina/PE	LOCAL DE NASCIMENTO * * *		SEXO Masc	
FILIAÇÃO CARLOS GOMES DA SILVA, natural de Petrolina/PE e MARLENE LEITE DA SILVA GOMES, natural de Petrolina/PE				
AVÓS JULIANO GOMES DA SILVA e ADELAIDE DE OLIVEIRA (paternos) e OSVALDO LEITE DA SILVA e MARIA DE LOURDES LEITE DA SILVA (maternos)				
GÊMEOS Não	NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS Nada consta.			
DATA DE REGISTRO POR EXTENSO Vinte e cinco de setembro de mil novecentos e noventa e dois		Bº REG Não informado		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro A-148, às folhas 27, sob o nº 77469.				

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Petrolina/PE, 25 de agosto de 2010

NOME DO OFÍCIO
Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais
OFICIAL REGISTRADOR
Maria Auxiliadora da Silva Tavares
MUNICÍPIO/UF
Petrolina/PE
ENDEREÇO
Rua Augusto de Carvalho Brandão, 48
Centro



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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04028

CONTA: 000000003076-2

Nr. da Autenticação 99BDB6794092ADE0



Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

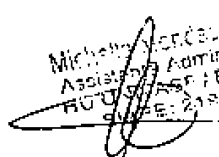
Nome:	FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES	Chegada:	29/07/2017 17.06.25
Sexo:	MASCULINO	Idade:	34
Transporte:	SAMU	Data de Nascimento:	31/01/1983

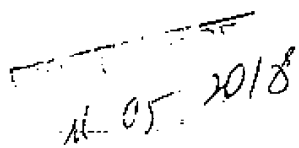
Classificação de Risco

Queixa Principal:	ESCORIAÇÕES MEMBROS+ RELATO DE FRATURA EXPOSTA EM MID APÓS TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1,5H POR PERDA DE CONTROLE. USO BEBIDA ALCOOLICA						
Exame:	TRAUMA MAIOR		Discriminador: FRATURA EXPOSTA				
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:		15		
	Pulso		Ritmo:		Sal O2 (%):		
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:	5	PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 50 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO	
Local:	CIRURGIÃO/ORTOPEDIA. SPO2 96, P 83						
Classificador:	NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA		COREN / CRM:	247087 PE	Hora de Início CR:	29/07/2017 17.09.50	

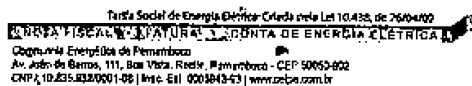
Reclassificação

Queixa Principal:							
Exame:			Discriminado				
Parâmetros:	Glicemia Capilar		Escala de Coma de Glasgow:				
	Pulso		Ritmo:		Sal O2 (%):		
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 50 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO	
Local:							
Classificador:			COREN / CRM:		Hora de Início CR:	Hora de Fim CR:	


 Michel YVES CORDEIRO
 Assistente Administrativo
 RUA SCSF EBERSH
 CEP: 218 2982


 05. 20/8





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
FONE: 33

[illegible]

COMPTON CONTINENTAL 10351410
1176594019 04/2018
DATA ON DOCUMENTED DATA ON UNDOCUMENTED
26/04/2018 21/05/2018
TOTAL A MILLER (M)
17238

013583711	19450	104472018
104002024	20000000	755-815

TECNICA DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição de Capital (R\$)	10000000	10000000	10.000.000,00
Contribuição de Benefícios (R\$)			4.85
RMB Subvenção (R\$)			0.73

TOTAL DATES: 18

77 10

ADMINISTRATIVO DE COMBUST. DESTA NOVA FISCAL.									
Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSTANTE	SAÍDA	COMBUST. (M³)
NOVO	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DE			
000000	01	01/01/01	000000	01/01/01	000000	00	000000		000000

Figure 1

PERCENTAGE OF POPULATION

AGE GROUP	PERCENTAGE
0-14	18.0%
15-24	12.0%
25-34	10.0%
35-44	8.0%
45-54	7.0%
55-64	6.0%
65-74	5.0%
75-84	4.0%
85+	3.0%

PERCENTAGE OF POPULATION

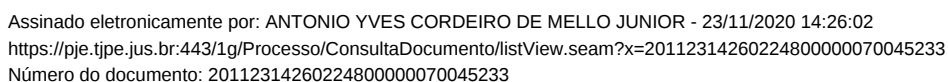
AGE GROUP	PERCENTAGE
0-14	18.0%
15-24	12.0%
25-34	10.0%
35-44	8.0%
45-54	7.0%
55-64	6.0%
65-74	5.0%
75-84	4.0%
85+	3.0%

PERCENTAGE OF POPULATION

AGE GROUP	PERCENTAGE
0-14	18.0%
15-24	12.0%
25-34	10.0%
35-44	8.0%
45-54	7.0%
55-64	6.0%
65-74	5.0%
75-84	4.0%
85+	3.0%

1940-1941
 1942-1943
 1944-1945
 1946-1947
 1948-1949
 1950-1951
 1952-1953
 1954-1955
 1956-1957
 1958-1959
 1960-1961
 1962-1963
 1964-1965
 1966-1967
 1968-1969
 1970-1971
 1972-1973
 1974-1975
 1976-1977
 1978-1979
 1980-1981
 1982-1983
 1984-1985
 1986-1987
 1988-1989
 1990-1991
 1992-1993
 1994-1995
 1996-1997
 1998-1999
 2000-2001
 2002-2003
 2004-2005
 2006-2007
 2008-2009
 2010-2011
 2012-2013
 2014-2015
 2016-2017
 2018-2019
 2020-2021
 2022-2023
 2024-2025
 2026-2027
 2028-2029
 2030-2031
 2032-2033
 2034-2035
 2036-2037
 2038-2039
 2040-2041
 2042-2043
 2044-2045
 2046-2047
 2048-2049
 2050-2051
 2052-2053
 2054-2055
 2056-2057
 2058-2059
 2060-2061
 2062-2063
 2064-2065
 2066-2067
 2068-2069
 2070-2071
 2072-2073
 2074-2075
 2076-2077
 2078-2079
 2080-2081
 2082-2083
 2084-2085
 2086-2087
 2088-2089
 2090-2091
 2092-2093
 2094-2095
 2096-2097
 2098-2099
 2100-2101
 2102-2103
 2104-2105
 2106-2107
 2108-2109
 2110-2111
 2112-2113
 2114-2115
 2116-2117
 2118-2119
 2120-2121
 2122-2123
 2124-2125
 2126-2127
 2128-2129
 2130-2131
 2132-2133
 2134-2135
 2136-2137
 2138-2139
 2140-2141
 2142-2143
 2144-2145
 2146-2147
 2148-2149
 2150-2151
 2152-2153
 2154-2155
 2156-2157
 2158-2159
 2160-2161
 2162-2163
 2164-2165
 2166-2167
 2168-2169
 2170-2171
 2172-2173
 2174-2175
 2176-2177
 2178-2179
 2180-2181
 2182-2183
 2184-2185
 2186-2187
 2188-2189
 2190-2191
 2192-2193
 2194-2195
 2196-2197
 2198-2199
 2200-2201
 2202-2203
 2204-2205
 2206-2207
 2208-2209
 2210-2211
 2212-2213
 2214-2215
 2216-2217
 2218-2219
 2220-2221
 2222-2223
 2224-2225
 2226-2227
 2228-2229
 2230-2231
 2232-2233
 2234-2235
 2236-2237
 2238-2239
 2240-2241
 2242-2243
 2244-2245
 2246-2247
 2248-2249
 2250-2251
 2252-2253
 2254-2255
 2256-2257
 2258-2259
 2260-2261
 2262-2263
 2264-2265
 2266-2267
 2268-2269
 2270-2271
 2272-2273
 2274-2275
 2276-2277
 2278-2279
 2280-2281
 2282-2283
 2284-2285
 2286-2287
 2288-2289
 2290-2291
 2292-2293
 2294-2295
 2296-2297
 2298-2299
 2300-2301
 2302-2303
 2304-2305
 2306-2307
 2308-2309
 2310-2311
 2312-2313
 2314-2315
 2316-2317
 2318-2319
 2320-2321
 2322-2323
 2324-2325
 2326-2327
 2328-2329
 2330-2331
 2332-2333
 2334-2335
 2336-2337
 2338-2339
 2340-2341
 2342-2343
 2344-2345
 2346-2347
 2348-2349
 2350-2351
 2352-2353
 2354-2355
 2356-2357
 2358-2359
 2360-2361
 2362-2363
 2364-2365
 2366-2367
 2368-2369
 2370-2371
 2372-2373
 2374-2375
 2376-2377
 2378-2379
 2380-2381
 2382-2383
 2384-2385
 2386-2387
 2388-2389
 2390-2391
 2392-2393
 2394-2395
 2396-2397
 2398-2399
 2400-2401
 2402-2403
 2404-2405
 2406-2407
 2408-2409
 2410-2411
 2412-2413
 2414-2415
 2416-2417
 2418-2419
 2420-2421
 2422-2423
 2424-2425
 2426-2427
 2428-2429
 2430-2431
 2432-2433
 2434-2435
 2436-2437
 2438-2439
 2440-2441
 2442-2443
 2444-2445
 2446-2447
 2448-2449
 2450-2451
 2452-2453
 2454-2455
 2456-2457
 2458-2459
 2460-2461
 2462-2463
 2464-2465
 2466-2467
 2468-2469
 2470-2471
 2472-2473
 2474-2475
 2476-2477
 2478-2479
 2480-2481
 2482-2483
 2484-2485
 2486-2487
 2488-2489
 2490-2491
 2492-2493
 2494-2495
 2496-2497
 2498-2499
 2500-2501
 2502-2503
 2504-2505
 2506-2507
 2508-2509
 2510-2511
 2512-2513
 2514-2515
 2516-2517
 2518-2519
 2520-2521
 2522-2523
 252

MS 0013: No lecture or seminar on Wed 24 Nov. See <http://www.maths.cam.ac.uk/undergrad/ms0013/> for details of the course. The course is run by Dr. David Mumford, who is a member of the Cambridge Mathematical Preceptor Group. The course is run by Dr. David Mumford, who is a member of the Cambridge Mathematical Preceptor Group. The course is run by Dr. David Mumford, who is a member of the Cambridge Mathematical Preceptor Group.

[illegible]



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DOR DANIEL SANTOSRG nº R.S.44.205, data de expedição 1/1Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 095.962.604-21, comdomicílio na cidade de Petrolina, no Estado dePernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Sítio Rio Grande, nº SIN,complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Fernando Boite da Silva G cujo o condutor eraMONCEL JOSÉ DOS SANTOS.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 125 FAN RSAno: 2012Placa: PGJ 7857Chassi: 9C2JC4110CR577214Data do Acidente: 29/07/2017Local e Data: Sítio Rio Grande, Petrolina, 29/07/2017

x Dor Daniel dos Santos
Assinatura do Declarante

x Moncel José dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima redamante do sinistro)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REPUBLICA DE PETROLINA
CERTIDÃO DE ÓBITO

(NOME)

IGOR DANIEL DOS SANTOS

CPF 095.962.604-21		
MATRÍCULA 076745 01 55 2018 4 00125 038 0046448 17		
SEXO Masculino	COR Parda	IDADE Solteiro 24 anos
NATURALIDADE Petrópolis PE	Nº do Cartão de Identificação 8.544.205-000-PE	
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filho de JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS e de JOANA MARIA DOS SANTOS. Residência do falecido: Sítio Rio Verde Pedrinhas, Petrolina-PE.		
DATA E HORA DO FALLECIMENTO Vinte e dois de julho de dois mil e dezoito, hora ignorada		
LOCAL DO FALLECIMENTO Via pública Estrada Camoali Nova Descoberta, Petrolina-PE		
CAUSA DA MORTE Hemorragia encefálica. Traumatismo crânio encefálico. TCE. Instrumento de trabalho.		
LOCAL DO FALLECIMENTO Cemitério do Serrote da Cruz, Petrolina-PE	IDENTIFICAÇÃO JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS filho de José e Joana, RG Nº 1.855.218 SSSP-PE, CPF-MF Nº 225.566.244-00, profissão agricultor, estado civil casado, residente Sítio Rio Verde Pedrinhas, Petrolina-PE, pai do falecido.	
NOME E ENDEREÇO DO ENTELESTADO, ASSINADO POR ELA O ASSINADO POR ELE Dr. Breno Araújo de Possídio		
OBSERVAÇÕES, OBSERVAÇÕES E OBSERVAÇÕES Ato registrado no livro C-125, as folhas 38, sob o nº 46448. Data de registro: 25 de julho de 2018. O registro foi feito em 22 de julho de 2018. Profissão do falecido: agricultor. Data de nascimento do falecido: 8 de julho de 1994. Solteiro. Não possui filhos. O falecido não era eileitor, não deixou filhos. Não constam averbações a margem do termo.		
ANOTAÇÕES DO REGISTRO RG Nº 8.544.205-000-PE emitido em 28/05/2008. CPF Nº 095.962.604-21. * As anotações de cadastro não dispensam a apresentação do documento original, e ainda exigem o original assinado.		
Assinatura Oficial Serviço de Registro Civil		Conteúdo da certidão verdadeira. Dado fe Petrópolis, 25 de julho de 2018.
Município Registrado Município Registrado Município Registrado Município Registrado		

Digitado por: Cid Wagner
"Selo: 0076745 XZK06201801 01461"
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seiodigital

ARPEN: 0076745 XZK06201801 01461



1. O presente processo trata-se de uma ação de conhecimento, com o objetivo de declarar a nulidade da decisão proferida pelo Juízo de Direito da 1ª Vara Criminal da Comarca de São Paulo, no processo nº 0000000-00.0000000-00, em razão da violação do princípio da ampla defesa e do contraditório, bem como do princípio da imparcialidade.

2. A decisão em questão foi proferida em audiência pública, sem que o acusado tivesse sido devidamente citado e ouvido, violando o princípio da ampla defesa e do contraditório.

3. A decisão também violou o princípio da imparcialidade, pois o Juiz de Direito que proferiu a decisão era parte interessada no resultado da ação, o que configura conflito de interesses.

4. Diante do exposto, requer-se a declaração da nulidade da decisão proferida pelo Juízo de Direito da 1ª Vara Criminal da Comarca de São Paulo, no processo nº 0000000-00.0000000-00.

5. Pede-se a condenação do Estado à custeio das despesas com a presente ação.

6. Pede-se a condenação do Estado ao pagamento das custas processuais.





HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

Documentação médica - Hospital



PACIENTE: **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

IDADE: **35A**

DATA DE ADMISSÃO: **07/11/2018**

NÚMERO DE REGISTRO: **50986165**

DATA DE ALTA: **08/11/2018**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

**PSEUDOARTROSE DE TÍBIA
SEQUELA DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL DIREITO**

CID: **M84.1**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

**PACIENTE INTERNADO PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE
ILIZAROV
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 07/11/18 (RETIRADA DE
MATERIAL)**

**PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL CLINICAMENTE
FO COM BOM ASPECTO
MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO**

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

**ANALGESIA + CARGA PROTEGIDA COM MULETAS
CURATIVO DIÁRIO NA UBS
RETORNO AMBULATORIAL APÓS 4 SEMANAS**

**OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) NO DIA
DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).**

PETROLINA-PE 08/11/2018

Marcos Aurélio P. C. Queiroz
Ortopedista Traumatologista
CRM 20740 / TECT 14609





UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

PROTOCOLO DE EGRESSO PARA AMBULATÓRIO

PACIENTE: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

MÉDICO: _____

DATA DO RETORNO: 14 de novembro
07 (SETE) DIAS HORA: MANHÃ

DIAGNÓSTICO: PSEUDOARTROSE DE TÍBIA
SEQUELA DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
DIREITO

ATENÇÃO: Realizar agendamento do retorno no ambulatório no momento da alta.

Em caso de dúvida e ou dificuldade de comparecimento ligar para Tel:
(87) 2101-6511

Marcos Arthur P. C. Queiroz,
Ortopedista Traumatologista
CRM 45.717/TE07 14530

DATA: 08/11/2018

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



EBSERH

ESTAB. AMPL. DE ENSINO

AMBULATÓRIO - HE / UNIVASF

Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Dr. Washington Antônio Barros

Avenida José de Sá Menezes, S/nº - Centro - 56204-205 Petrolina - PE, 87 2101-6511 / 7101 6500

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
VALE DO SÃO FRANCISCO

RECEITUÁRIO

NOME: Fernando José de S. Gomes

Alcance médio: 35cm

Declínio para os devidos fins, que o
paciente submetido realizou com sucesso
umto ortopédico após trauma no M.D.

Abusca pequena por-traumática
permanente no M.D.

Com exame: Encurtamento no M.D. (+3cm)
Rigidez articular no joelho D
(Perda de 90% de flexão)

Incapacidade para realizar suas
atividades laborais

UD: 582.1 / T 93.2

Marcos Queiroz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20715 / BA 32

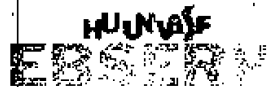
DATA: 12/12/18



ANEXO I

	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - CID. IBGE MUNICÍPIO	
17 - UF		18 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		36 - CREME	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA	
39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE	
41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA	
43 - CNPJ EMPRESA		44 - CBOE	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	



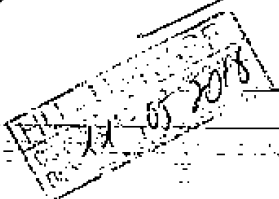


DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: FERNANDO LOTE DA SILVA GOMES		DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: FRATURA EXP-TRA NAPO TBM		DATA CIRURGIA: 20/09/17
PROCEDIMENTO: DESBASTAMENTO CIMA GIC		INÍCIO:
		TÉRMINO:
CIRURGIÃO: Dr. MAURICIO PAES	Anestesista: Dr. Djalma	
CIRURGIÃO:		
1º aux.:	2º AUX:	
Anestesia: RAQUIDIANAL		
① DO LENTE EM POSIÇÃO VERTICAL SOL NUTRIÇÃO ② ASSÉPTICA + ANTIBIÓTICA ③ DESBASTAMENTO DA FEMUR COM PONTA PUNHA ②. ④ ATIVIDADE DE FLEXÃO E EXTENSÃO NORMAL ⑤ ENVIO DO MATERIAL PARA CURA ⑥ LIMPEZA COM SF 99%. ⑦ APROXIMAÇÃO BONDOL FEMUR ⑧ CURATIVO		

Michele Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUNAF EBSER
CPF: 011.288.288

Dr. Mauricio Paes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PB: 16.603 TEOT: 14.589



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PLANEJ
OUT/17

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CID-10	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		6042414	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		4 - CID-10 6042414	
Identificação do Paciente			
1 - NOME DO PACIENTE ERLANDO LEITE DA SILVA GOMES		6 - ACOMPANHANTE SIM	7 - PRONTUÁRIO 50986165
1 - CNS 38106591083234	9 - RG	10 - CPF 7276288447	11 - NASCIMENTO 31/01/1983
12 - SEXO M		13 - RAÇA/COR PARDA	14 - ETNIA
5 - NOME DA MÃE ARLENE LEITE DA SILVA GOMES		15 - TELEFONE DE CONTATO	
7 - NOME DO RESPONSÁVEL		16 - TELEFONE DE CONTATO	
9 - ENDEREÇO UA B, nº 11 - PEDRINHAS			
10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ETROLINA		21 - CID-10 BGE 2611101	22 - UF PE
		23 - CEP 56300001	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

4 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
dor no joelho dir em varo com fistula e exposição óssea secundária a fratura grave da tíbia proximal há 70 dias

5 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
as mesmas acima

6 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIOS)
ortopedico e raios

0408050870 (M848)
0415040027

DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

28 - CID-10 PRINCIPAL
82.1

29 - CID-10
82.1

30 - CID-10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

32 - COD. PROCEDIMENTO
415030013

3 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF
67711332572

36 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF)
67711332572

37 - PROF. SOLICITANTE

7 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ADIMIR ALEXANDRE ALVES PIRES

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO
12/10/2017

39 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)
15712/CRL-MEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - N. BILHETE

45 - SÉRIE

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNAE EMPRESA

48 - CBOR

9 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

0 - NOME PROF. AUTORIZADOR

51 - COD. ORGÃO

55 - N. AUTORIZAÇÃO (N. INTERNAÇÃO HOSPITALAR)
26140744 8504

2 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

53 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF)
67711332572

4 - DATA DE AUTORIZAÇÃO
16-10-17

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)
9228-PE



Descrição Cirúrgica	
folha 1/1	Unidade: CENTRO CIRÚRGICO
Data cirurgia: 12/10/2017	
1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES	Prontuário: 5098616/5
Idade: 34 anos 8 meses	Sexo: Masculino
Convênio: SUS	Leito: 304B
2. EQUIPE	
Equipe: RODRIGO DE LIMA LACERDA	CREMEPE: 22162
Prof. Substituto: VLADIMIR ALEXANDRE ALVES PIRES	CREMEPE: 15712
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
3. DIAGNÓSTICO	
ASA: II	
Pré-Operatório S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	
Pós-Operatório S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	
4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO	
Via aérea:	ASA:
Avaliação clínica:	
Co-morbidades:	
Exame físico:	
Executor da sedação:	CRM:
5. CIRURGIAS REALIZADAS	
Início: 12/10/2017 15:15	Fim: 12/10/2017 16:30
Caráter: ELETIVA	
Procedimentos - Potencial de contaminação	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA	
Técnica Anestésica/Sedação: RAQUI	LIMPA
Observação:	
6. ACHADOS OPERATÓRIOS	
er descrição cirúrgica	
Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.	
Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.	
7. DESCRIÇÃO	
Incisão medial por planos, desbridamento osseo de osso necrotico e exposto, limpeza do foco com sfo, 8%, colocação de fixador externo transarticular, rotação de gastrocnêmico, fechamento por planos com colocação de dreno de penrouse	
12/10/2017 16:38	Dr. VLADIMIR ALEXANDRE ALVES PIRES CREMEPE 15712

Micha... M...
Assinatura Administrativa
FIDUAS FIDUAS
CARTE: 219.2982

HU...
05/2017

Dr. Vladimir A. Alves Pires
CRM-BA 13220
CRM-PE 15712

HU...
EBSERH

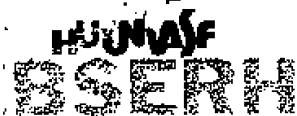
Descrição Cirúrgica

Identificação
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Leito: 304B

5098616/5





Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Manicoba, S/N

CNPJ: 05.440.725/0002-03

Cidade: Petrolina

Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência

notificado ATC

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 50986165

Paciente: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Nome: MARLENE LEITE DA SILVA GOMES

Endereço: RUA B, nº 11 - PEDRINHAS / PETROLINA (PE)

CPF: 708106591083234

Doc. Identificação:

Nasc.: 31/01/1983

Idade: 34

Telefone: (null) null

Joelma 13/01/17
19/01/17 - Te Joelma D.

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente e grupo de trabalho de classe
com história de queda de moto e polívia
transporte em moto e ferimento na face esquerda
coluna C6, com dor no pescoço

R6=15

lesão + dor no pescoço

Exame: Rx de coluna cervical Ap - p

Rx de pescoço Ap - r

Do osteoporose

Micheline
Assistente
M. L. S. S. E. B. S. E. R. H.
R662

1000 ml de

9.0

Dor no pescoço

Exame 42, 40

Do osteoporose

Dr. Joaquim Bedor
Cirurgia Geral / Traumatologia
CRM-PE 12532, RA: 23044

Dr. Paulo Peter
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 17762

Ass. Paciente:

Saída: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___

Data de Impressão: 29/07/2017

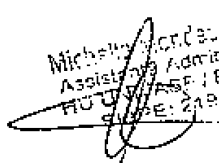
Hora: 17.13

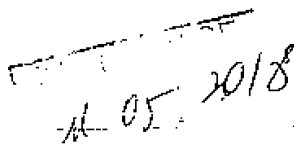
HU, preserve-o, ele também é seu.



Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente									
Nome:	FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES				Chegada:	29/07/2017 17.06.25			
Sexo:	MASCULINO				Idade:	34			
Transporte:	SAMU				Data de Nascimento:	31/01/1983			
Classificação de Risco									
Lesão Principal:	ESCORIAÇÕES MEMBROS+ RELATO DE FRATURA EXPOSTA EM MID APÓS TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1,5H POR PERDA DE CONTROLE. USO BEBIDA ALCOOLICA								
Exame:	TRAUMA MAIOR				Discriminador: FRATURA EXPOSTA				
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:			15	
	Pulso				Ritmo:			Sat O2 (%):	
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:			5	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Local:	CIRURGIAO/ORTOPEDIA. SPO2 96, P 83								
Classificador:	NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA				COREN / CRM:	247087 PE		Hora de Início CR:	29/07/2017 17.09.50
Reclassificação									
Lesão Principal:									
Exame:					Discriminado				
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:				
	Pulso				Ritmo:			Sat O2 (%):	
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:			PA	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Local:									
Classificador:					COREN / CRM:			Hora de Início CR:	Hora de Fim CR:


 Michel CORDEIRO JUNIOR
 Assistente Administrativo
 RUA VASCO LEBSETH
 CEP: 219 2982


 05/08/2018





HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicoba s/n° Campus – Centro – Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

SOLICITO:

01 PAR DE MULETAS

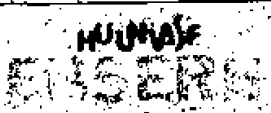
PSEUDOARTROSE DE TÍBIA
SEQUELA DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
DIREITO

DATA: 08/11/2018


Marcos Almir P. C. Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 30015 / TEOT 14529

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



 	
☒ ATENDIDO	☐ DECLARAÇÃO
NOME: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES IDADE: 35A	
UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF	
☒ ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE 07/11/2018 A 08/11/2018 , NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO, FICANDO IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE 30(TRINTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.	
☐ COMPARECEU A URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E NECESSITA DE _____ DIAS DE LICENÇA MÉDICA.	
CID: M84.1	
SE DECLARAÇÃO:	
☐ COMPARECEU A URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO _____ h, SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.	
☐ COMPARECEU A URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE: NESTA DATA _____	
DATA: 08/11/2018	
Marcos Artur P. C. Queiroz Original / Documentologia CRM 30115 / TEOD-14000  PROFISSIONAL (ASSINATURA E CARIMBO).	





HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME: **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA

**PSEUDOARTROSE DE TÍBIA
SEQUELA DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
DIREITO**

DATA: **08/11/2018**

Marcos Antônio P. C. Queiroz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 317507/14690

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.647.924 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/06/2018

NOME << FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES >>

FILIAÇÃO << CARLOS GOMES DA SILVA >>
<< MARLENE LEITE DA SILVA GOMES >>

NATURALIDADE PETROLINA - PE DATA DE NASCIMENTO 31/01/1983

DIG. ORDEM << 076745 01 55 1992 1 00148 027 0077469 40 PETROLINA-PE >>

CPF 072.762.884-47

ASSINATURA DO DESETO

718004202805153500.8155666

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

PERFOTO DE IDENTIFICAÇÃO

Carteira de Identidade

Fernando Leite da Silva Gomes

Documentos de Identificação



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
072.762.884-47

Nome
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Nascimento
31/01/1983

CÓDIGO DE CONTROLE
7958.1468.8428.0620



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 18:01:03 do dia 18/06/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Fernando Leite da Silva Gomes

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

DATA DE NASCIMENTO 31/01/1983 Nº INSCRIÇÃO 0749 8486 0876 ZONA 144 SEÇÃO 0178

MUNICÍPIO/UF PETROLINA/PE DATA DE EMISSÃO 24/04/2016

Assinatura do Eleitor







Laudo do IML - Lesões Corp



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 2463 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 214A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA
Ofício nº. 23 / 2019 Data 17 / 1 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 214A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 10:01 do dia 17 de Janeiro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES filho(a) de CARLOS GOMES DA SILVA e de MARLENE LEITE DA SILVA GOMES, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Crespo, estado civil Solteiro (a), apresentando a idade de 35 Anos, peso Sobrepeso, de estatura Média, natural de PETROLINA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 9647924, profissão TRABALHADOR RURAL, endereço RUA B, nº 11, complemento: NÃO INFORMADO, bairro PEDRINHAS, telefone/s (87)9163-1049, PETROLINA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando comparece ao IML de Petrolina-PE e informa que foi vítima de acidente de trânsito em 29/07/2017 na estrada das Pedrinhas em Petrolina-PE, tendo como consequência fratura exposta da tíbia direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Traz relatório médico datado de 12/12/2018 e assinado pelo médico Marcos Queiroz que informa que o periciando foi submetido a acompanhamento ortopédico após trauma em membro inferior direito (MID), evoluindo com sequelas: encurtamento do MID (+/- 3,0 cm), rigidez articular no joelho direito (perda de 90% da função). Realizou fisioterapia motora em virtude de pseudoartrose da tíbia direita.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

1-Deambula com auxílio de muletas. 2-Duas cicatrizes hipocrômicas, planas em em face medial da perna direita, medindo a maior delas 20,0 cm de comprimento. 3-Cicatrizes hipocrômicas, planas em face anterior do terço superior da perna direita e em joelho direito. 4-Cicatrizes circulares, deprimidas em face lateral da coxa direita e face medial da perna direita, compatíveis com áreas de fixador externo. 5-Cicatriz hipocrômica, hipertrofica em flanco esquerdo (12,0 cm de comprimento). 6-Rigidez articular em joelho direito. 7-Encurtamento em membro inferior direito.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias em virtude da fratura em membro inferior direito; Debilidade permanente da marcha em função da rigidez articular do joelho direito.

RELATÓRIO - PETROLINA-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É CÔPIA FIEL DO ORIGINAL
Petrolina-PE, 17, 01, 2019
Assinado por: 2463259
Médico e Medicina



Dra. Alessandra Pereira Dantas
Perito Médico Legista
CRM-PE 12966 Reg.: 347854-6

Página 1 de 2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. Deformidade permanente em função das múltiplas cicatrizes em membro inferior direito e abdome; Enfermidade permanente em virtude da pseudoartrose da tibia direita; Perda permanente de 90% da função do joelho direito em função da rigidez articular do joelho direito.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina DRª). ALESSANDRA PEREIRA DANTAS - CRM 12986-PE.



Dra. Alessandra Pereira Dantas
Perita Médica Legista
CRM-PE 12986, Matr.: 547854-8

Perito responsável

TM 2463/2019



ILAPC - PETROLINA-PE
CERTIFICO QUE A PRESENTE
É Cópia FIEL DO ORIGINAL

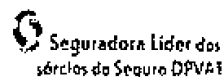
Petrolina-PE, 17 / 01 / 2019

Ronfede 296525-7
Nome e Matricula

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☐	BO em cópia simples
☐	Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☒	Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação	
Seguradora Líder - DPVAT	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



OUTROS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF: 072.762.884-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/07/2017

Titular do CPF: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES : 072.762.884-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/01/2019
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
CPF: 072.762.884-47

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Beite da Silva Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.462.884 / 47 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Beite da S. Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.462.884 / 47, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente Pessoal da Vitima Fernando Beite da Silva Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.462.884 / 47, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua D 31</u>		Número <u>31</u>	Complemento
Bairro <u>Centro, Pedrinhas</u>	Cidade <u>Petrolina</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56300-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Petrolina 17 de Janaro de 2019
Local e Data

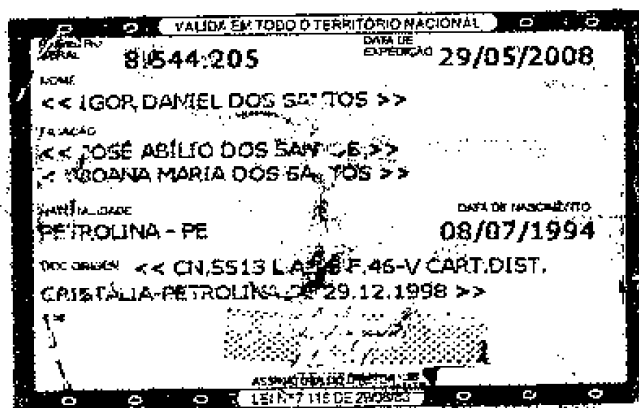
Fernando Beite da Silva Gomes
Assinatura do Declarante

DL0RL001 V001/2017



[REDACTED]





DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

and residence

entos que con-

entius quæ ex:

PROTEKTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS E COBERTURA MORTUÁRIA

- 1) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples);
2) Declaração de Cônjuge (original);

nova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal), da documentação através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável.

- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COM PANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal
- () Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Paix (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito aos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

das da vítima – quando necessário – (tódigo simples)

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**
 Portador da documentação (Nome) Teodoro Leite da Silva Junior
 Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante legal - CPF do portador _____
 E-mail _____
 Data 17.01.2019 Assinatura Teodoro Leite da Silva Junior ^{Tel: 9823-1}
RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA
 Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____ Matrícula _____
 Atendente _____
 Data: _____ Assinatura: _____



XEROX

SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO



PREFEITURA DE
PETROLINA
contribuindo o novo tempo

Escola Municipal Francisco Rodrigues de Santana

Av. Principal, Povoado de Pedrinhas – Setor Pedrinhas
Autorização de Funcionamento nº 11418 de 15/12/1989
Cadastro Escolar M. 653.141, Cod. INEP: 260 346 54
[87] 9920-8547 Núcleo: 38

Escola Municipal Francisco Rodrigues de Santana
Av. Principal, Povoado de Pedrinhas – Setor Pedrinhas
Autorização de Funcionamento nº 11418 de 15/12/1989
Cadastro Escolar M. 653.141
[87] 9920-8547 Núcleo: 38

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, **FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES**, RG. Nº 9647924 SDS/PE, CPF. Nº 072.762.884-47 filho de **CARLOS GOMES DA SILVA** e **MARLENE LEITE DA SILVA**, estudou de 1992 a 2004. O mesmo está com problema de saúde a um ano.

Petrolina, 17 de julho de 2018.

Maria Lucília de Souza Silva
Gestora
Mat. 7748

Assinatura do Gestor



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

Número do Sinistro: 3190073176

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF: 072.762.884-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/07/2017

Titular do CPF: FERNANDO LEITE DA
SILVA GOMES

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2019
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
CPF: 072.762.884-47

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



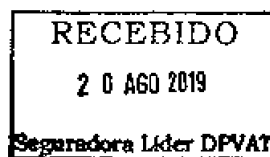
Carta

Eu, Fernando Leite da Silva Gomes, CPF: 072.762.884-47, vítima de acidente de moto, solicitei a Seguradora Líder o benefício por invalidez permanente, no sinistro: 8190043146. Em resposta à reclamação, protocolo n: 4032491, passou a informar que o nome do proprietário do veículo é IGOR DANIEL DOS SANTOS, CPF 095.962.604-21, no qual já é plecado, conforme certidão de óbito: 046745 01 55 2018 4 00125 038 0046448 17, o que consta no Boletim de Ocorrência é que o proprietário é Manoel José dos Santos, que por equívoco da autoridade policial ele colocou no Boletim de Ocorrência.

Eu registrei três boletins, mas todos não complementação, com os documentos que estou enviando.

Petrolina, 16 de agosto de 2019.

Fernando Leite da Silva Gomes





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DOS BRASILEIROS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

IGOR DANIEL DOS SANTOS

CPF: 095.962.604-21

MATRÍCULA:

076745 01 55 2018 4 00125 038 0046448 17

SEXO: Masculino COR: Pardo ESTADO CIVIL/IDADE: Solteiro, 24 anos

LOCALIDADE: Petrolina-PE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: 8.544.205 SDS/PE ELEITOR: Não

RELACÃO E RESIDÊNCIA: Filho de JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS e de JOANA MARIA DOS SANTOS. Residência do falecido: Sítio Rio Verde, Pedrinhas, Petrolina-PE

DATA E HORA DE FALECIMENTO: Vinte e dois de julho de dois mil e dezoito, hora ignorada. DIA: 22 MÊS: 07 ANO: 2018

LOCAL DO FALECIMENTO: Via pública, Estrada Carroça, Nova Descoberta, Petrolina-PE

CAUSA DA MORTE: Hemorragia encefálica, Traumatismo crânio-encefálico (TCE), instrumento contundente

DEPOSITÁRIO/CONSERVAÇÃO: Cemitério do Senhor da Cruz, Petrolina-PE DECLARANTE: JOSÉ ABÍLIO DOS SANTOS, nacionalidade brasileira, RG Nº 1.636.218 SDS-PE, CPF/MF Nº 228.958.244-15, profissão agricultor, estado civil casado, residente Sítio Rio Verde, Pedrinhas, Petrolina-PE, pai do falecido.

ASSINAR O N.º DO DOCUMENTO DOS MÉDICOS QUE ATESTAR(AM) O ÓBITO: Dr. Bruno Azeiteiro da Passião

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES A ADICIONAR: Atto registrado no Livro C-125, às folhas 36, sob o nº 46448. Data do registro: 25 de julho de 2018. Data do óbito: 22 de julho de 2018. Profissão do falecido: agricultor. Data de nascimento do falecido: 8 de julho de 1994. Solteiro. Não deixou bens nem testamento, não era eleitor, não deixou filhos. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DO CADASTRO: RG Nº 8.544.205 SDS/PE emitido em 29/05/2008, CPF Nº 095.962.604-21. As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Assinatura do Oficial
Serviço de Registro Civil
Oficial Registrador
Maria Auxiliadora de Silva Tavares
Petrolina-PE
Endereço
Rua do Coliseu, 204

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Petrolina, 25 de julho de 2018.

Assinado por: Cid Wagner
Selo: 076745 XZND06201801.01461
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Cartório Registro Civil
Maria Auxiliadora Silva Tavares
Oficial
Rua do Coliseu, Nº 204 - Centro
Fone: (87) 3361-7381 Petrolina-PE

ARPENBRASIL AA 009755995 BRP





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Fernando Leite da Silva Gomes
Data do Acidente: 29/07/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 072.762.884-47

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)
☐ Formulário do 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): Fernando Leite da Silva Gomes
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 072.762.884-47
E-mail: fernando.leite@silva.com.br Tel.: (84) 99512-3870
Data: 29/07/2019 Assinatura: Fernando Leite da Silva Gomes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Portador da documentação (Nome do ponto): Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior
Assinatura: Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior
Data: 29/07/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073176

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do acidente: 29/07/2017

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM ANQUILOSE DO JOELHO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA. COMPLICAÇÃO: ENCURTAMENTO DA TÍBIA, COM ANQUILOSE DO JOELHO. ALTA MÉDICA: 06/02/2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073176

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Data do acidente: 29/07/2017

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO + FIXADOR EXTERNO (ILIZAROV) E ALTA.
P 1/3/5/7/10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @ P 3
#

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

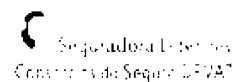
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031604/19

Vítima: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

CPF: 072.762.884-47

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 29/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES : 072.762.884-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/01/2019
Nome: FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES
CPF: 072.762.884-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

FERNANDO LEITE DA SILVA GOMES

Patricia Aleixo Silva



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 2190073146 3 - CPF da vítima: 042.762.884-47 4 - Nome completo da vítima: Fernando Leite da Silva Gomes

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

5 - Nome completo: Fernando Leite da Silva Gomes 6 - CPF: 042.762.884-47
7 - Profissão: Ajudante Pedreiro 8 - Endereço: Rua B 9 - Número: 11 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: Petrolina 12 - Cidade: Petrolina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.347-000
15 - E-mail: mymcentegrania@yahoo.com.br 16 - Tel. (DDD): (81) 99191-9633

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUO 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 4028 CONTA: 00004046 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalei 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, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do 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) ☐ Desquitado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário autorizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Petrolina, 10 de Outubro de 2019

Fernando Leite da Silva Gomes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019