

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462143**

**Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 27/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462143**

**Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 27/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

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

<b>Comprovação de registro de acidente declarado</b>	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necrópsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
--	---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462143**

**Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 27/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

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.

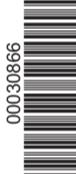
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190462143** Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Procurador: BRUNO DE ARAUJO SENA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000003212-3

Conta: 0000054564-3

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190462143      **Cidade:** Saloá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 27/03/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO EM REGIÃO DE DIÁFISE + LESÃO DE NERVO RADIAL.

**Descrição do exame físico:** PERDA DE 75% DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ LEVE DO COTOVELO  
físico: ESQUERDO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS.  
DATA DA ALTA : 07/08/2019

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO(50%) EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 22/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIKTAS NO EXAME FÍSICO

## 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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190462143  
Nome do(a) Examinado(a): Alan Melo Honorio de Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Serrinha da Prata, 6367  
Serrinha da Preta Saloa PE CEP: 55350-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 9972504  
Data local do acidente: [ 27/03/2019 ]  
Data local do exame: [ 22/08/2019 ] Garanhuns [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO EM REGIÃO DE DIÁFISE + LESÃO DE NERVO RADIAL.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E E PARAFUSOS METÁLICOS.**  
**Complicações: NENHUMA.**

**Data da Alta: 07/08/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PERDA DE 75% DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ LEVE DO COTOVELO ESQUERDO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS.**

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

**(X) Sim**      **( ) Não**

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

**(X) Sim**      **( ) Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**PERDA DE MOVIMENTOS DO 1º E 2º DEDOS DA MÃO ESQUERDA**  
**RIGIDEZ DE COTOVELO E.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

**( ) "Vítima em tratamento"**

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

**( ) "Sem sequela permanente"**

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**DEDO POLEGAR - Lado Esquerdo**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio**    **(X) 75% intensa** **( ) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

**2º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio**    **( ) 75% intensa** **(X) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

**COTOVELO - Lado Esquerdo**

% do dano: **( ) 10% residual** **(X) 25% leve**  
**( ) 50% médio**    **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

**Região Corporal (Sequela):**

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

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

**Realizou 30 sessões de fisioterapia.**

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

Dr. Cleudo Miranda  
Médico  
CRM-PE 19091

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

15885914-76

Nome completo da vítima:

Alan Melo Honório de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 145/2012

Nome completo:

ALAN

Melo Honório de Oliveira

CPF:

15885914-76

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

Rua Seminário da Prata

Número:

6367

Bairro:

Seminário da Prata

Cidade:

SALVÁ

Estado:

PE

CEP:

55350-000

E-mail:

Tel. (DDO):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

03242

CONTA:

54564 3

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 03242 CONTA: 54564 3

(Inserir o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

05 AGO. 2010

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordada com a futura contestação, se o caso se der de seu conteúdo.

S/A

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou comparsa(s):  Sim  Não Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou falecidos: Vítima faleceu (vai nascer)?  Sim  Não Vítima faleceu pés/favos vivos?  Sim  Não

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

Imagem digital da vítima ou beneficiário declarante

Local e Data: SALVÁ / 08. 01.06 / 2019  
Nome: ALAN MELO HONÓRIO DE OLIVEIRA  
CPF: 15885914-76

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar lixe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

539033

0264842 /19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145º CIRCUNSCRIÇÃO - SALOÁ - DP145°CIRC DINTER1/16°DESEC**

**BOLETO DE OCORRÊNCIA N° 13E0235000227**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/07/2019** às **11:27**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL.** - Culpado (Convidado) que acidentou no dia 27/03/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SALOÁ, 01, ESTRADA QUE DA ACESSO AO POCOADO SERRINHA DA PRATA -**

Bairro: **CENTRO - SALOÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA (Culpado);  
 HERMESSON HONORIO DE OLIVEIRA (Objeto);  
 ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvida(s):

**ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO Pai:  
**PAULO HONORIO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: 13/12/1984 Nacionalidade: SUMARÉ / SÃO PAULO / BRASIL  
 Endereço Residencial: POCOADO SERRINHA DA PRATA, 6367 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

**HERMESSON HONORIO DE OLIVEIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MIRABETANIA DE OLIVEIRA HONORIO  
 Endereço Residencial: POCOADO SERRINHA DA PRATA, 6367 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO 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 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **HERMESSON HONORIO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: Não  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **UEZ-3783** | Cidade: **SALOÁ** | UF: **PE** | Renavam: **1318657706** | Chassis: **1HJ151355Y000455**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

05 AGO. 2019

Gente Boa Fará 13 S/A  
 Av. Rui Barbosa, nº 116 - Bairro

Complemento / Observação

**CONFORME INFORMOU O DECLARANTE, NO DIA 27/03/2019, POR VOLTA DAS 20H, QUANDO SE DESLOCAVA DA CASA DE SUA NOIVA, NO SITIO LAGOA NOVA, PARA SAIR RESENHEIRA PRA POCOADO SERRINHA DA PRATA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO AO BATER EM UM BURACO, VENDO A CATE, ALGUA DROFICO CONCORTE E QUE SENTIA MUITAS DORES, PRINCIPALMENTE NO BRAÇO ESQUERDO, QUE, POPULARIZOU PASSANDO E, AO VÉ-LA CAÍDO NO CHÃO, PEDIRAM SOCORRO; QUE, O MESMO FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO POCOADO DA SERRINHA DA PRATA PARA O HOSPITAL LOCAL, PORÉM, DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO, FOI LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA, SENDO ENCAMINHADO POSTERIORMENTE AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM CARUARU, ONDE PRECISOU PASSAR POR CIRURGIA.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade policial

03/07/2019 - MUNICÍPIO DE MURIAÉ/RJ Boletim de Ocorrências

**ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA  
(VITIMA)**

A rectangular stamp with a decorative border containing the text "NATIONAL LIBRARY OF AUSTRALIA" at the top and "85 AGO 2019" in the center.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

15885914-76

Nome completo da vítima:

Alan Melo Honório de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 145/2012

Nome completo:

ALAN

Melo Honório de Oliveira

CPF:

15885914-76

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

Rua Seminário da Prata

Número:

6367

Bairro:

Seminário da Prata

Cidade:

SALVÁ

Estado:

PE

CEP:

55350-000

E-mail:

Tel. (DDO):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

03242

CONTA:

54564 3

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

03242

CONTA:

54564

3

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

05 AGO. 2010

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordada com a futura contestação, caso disorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:  Falecidos:

Vítima deixou

nasceu (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/filhos vivos?

Sim

Não

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

Imagem digital da vítima ou beneficiário declarante

Local e Data: SALVÁ / 08. 07/06/2019

Nome: ALAN MELO HONÓRIO DE OLIVEIRA

CPF: 15885914-76

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar lixe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**FICHA DE ATENDIMENTO**

Número do Registro	Data e Hora de Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
51703	27/03/2019 às 22:45:25		EMERGÊNCIA ORTOP

**Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:**

Paciente: 025386306 - ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

NIS: 160717562790004 Nascimento: 13/12/1994 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: SUMARE -SP Nacionalidade: Brasileiro

Documento:

 RG - 9972504 Filiação:  
 Pai:  
 Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO

Endereço (Av., Rua, etc): SITIO SERRA D'APRATA, Nº

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Saloá

UF: PE

Telefone: (87) 8129-2535

Companhante:

Corrida:

 Acidente de trabalho: Sim  Não 

Procedência: Saloá

Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico:

CRM:

Unidade Principal:

IDA:

*Dr. J. S. Medozi medico ms  
Luis E.*

**História de Trauma:**

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

 Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:

 Colisão: Sim  Não  Tipo: Motorista  Passageiro 

 Atropelamento: Sim  Não  Local do Impacto:

 Vítima de Ferimento: Sim  Não  Tipo: Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:

 Queimadura: Sim  Não  Pior:

 Condições de imobilização adequada: Sim  Não  Transporte realizados por:

 Porque: *200m de casa*

 Cond. de Transporte: *Carro particular*

 Prazo de chegada: *1 hora*

 Local de destino: *Hospital Regional Dom Moraes*

 Data: *28/03/2019*

 Hora: *22:45:25*

 Data: *28/03/2019*
</div



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

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS

DPVAT

ESTADO NÃO VERIFICADO

Pernambuco, 11 de AGO. 2019

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO: **VERMELHO** **AMARELO** **VERDE** **AZUL**

Nome: *José da Silva Moura - 62* Idade: *24*

Situação Química:

*Acidente doméstico. Aparece com dor de estômago.*

*(sentido de dor)*

#### PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
------------	-------------	----------	-------------------

Doenças Preexistentes:

Medicamentos em uso:

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

#### PARÂMETROS

PA: <i>110/70</i>	P: <i>80</i>	R: <i>12</i>	T: <i>36,5</i>	SpO2: <i>98%</i>	HGT: <i>160</i>	Peso: <i>75</i>	Glasgow: <i>15</i>
-------------------	--------------	--------------	----------------	------------------	-----------------	-----------------	--------------------

#### RÉGUA DE DOR

LEVE

MODERADA

GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Ajulado	Torporoso	Comafoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Disponibilidade aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Pálpebras	Sudorese		

#### DOR TORÁXICA

INTENSA

MODERADA

LEVE

Duração da dor:

Localização:



#### IRRADIÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Outras posturas/Ve.	Abdome
---------	---------	----------	-----------	---------------------	--------

#### DOR PRESENTE

AOS ESFORÇOS

QUANDO RESPIRA

EM REPOUSO

Flutuante:

Data: *22/08/2019*

Assistente: *Carolina*

**H.R.D.M.**
**HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA**  
**Av. Presidente Dutra, 2015 - Centro - 38100-010 - Belo Horizonte - MG**
**FICHA DE ATENDIMENTO**

Número do Registro:	Data e Hora do Atendimento:	Procedimento:	Local de Entrada:
801703	27/03/2019 às 22:45:25	Pronto-Suporte Integrado	EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:			
Paciente: 025368306 - ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA CNS: 180717562790004 Nascimento: 13/12/1994 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Cor:			
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE	Naturalidade: SUMARE - SP Nacionalidade: Brasileiro	
Documentos:	Filiação:		
RG: 5972504	Por:	Mae: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO	

Endereço (Av., Rua, etc): SITIO SERRA D'APRATA, Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: Salas UF: PE Telefone: (87) 8125-2535  
 Acompanhante: \_\_\_\_\_

Ocorrência: \_\_\_\_\_ Acidente de trabalho: Sim  Não   
 Procedência: Salas Melo de Transporte: \_\_\_\_\_

**Atendimento Médico:**

Data: / / Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: / \_\_\_\_\_  
 Causa Principal:

HDA:

*Dor & queijo mastigado*  
*dorsos E*

**DEPARTAMENTO DE REGISTROS****DPVAT****CONTROLE DE VERIFICADO****História do Trauma:**

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	ASL 2019	ASL 2019	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:						
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:						
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:						
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m					
Quimadura:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:					
Condições de imobilização adequada:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Por que:						

**Exame físico:**

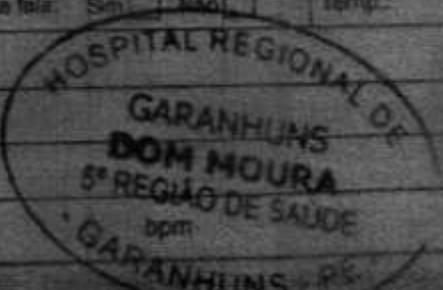
A: Geral: \_\_\_\_\_ Via aérea está pativa: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Termo: °C

**B: Respiratório**

C: Circulatório PA: \_\_\_\_\_ mm Hg P脉: \_\_\_\_\_ bpm

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

Glasgow: Abertura Ocular Escala: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Verbal Escala: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Motoria Escala: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 00000054564-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO28082019050000000002370321200000054564472500 PAGO



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.635.832/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-98



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

ERALDO MORAES DE SENA  
CPF: 138.629.254-00

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV MIN MARCOS FREIRE 3291 AP-202

CASA CAIADAOLINDA  
53130-540 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

**19/07/2019**

## TOTAL A PAGAR (R\$)

**0,00**

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Trifásico

## RESERVADO AO FISCO

98E3.72EB.58F7.9950.74CD.C3B9.97FC.F330

## DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	425,00	0,78063085	331,76
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,08
Contrib. Inv. Pública Municipal			17,46
ICMS Subvenção-CDE-MF 080867455-07/05/18			2,84
Bônus ETAPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,01
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>352,13</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
332,84	25,00	83,21	332,84	0,82	2,72
					332,84
					3,21
					12,88

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ANAL	Nº	CONSUMO (kWh)		
			DATA	DATA		DIAS	CONSTANTE
000000003121636819	CAT	05/06/2019 28.515,00	05/07/2019 28.515,00	30	1.00000	0,00	425,00

DATA PREDIVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/08/2019

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! 7 lojas descartáveis e artigos: governador carlos de lima covariance casa calada / comercial facilidades: av coronel freirelino lundgren 424 loja 01  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/19.  
O cliente é compensado quando há violação na comodidade individual ou no nível de longo de fornecimento.  
Pago, em atraso, gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descomprimento do prazo definido para os padrões de abandono comercial.

## DÉSTACO AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002792344014	07/2019	0,00	19/07/2019

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.  
Banco 001-9 Agência 8634

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro  
e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento.  
Para maiores informações ligue 116

autoatendimento.celpe.com.br/NDP\_DOSRUICES\_D-home-neologw-sap.com/servsat/login.neoenergia.com RFCConverterServiceGridInterface

2a Via de Fatura

autoatendimento.celpe.com.br/



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DIPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
Gante Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hermesson Honório de Oliveira,  
RG nº 59.146.810-5, data de expedição 01/10/2019,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 489.034.908-03, com  
domicílio na cidade de Saloá, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Paulista Serrinha da Praia, nº \_\_\_\_\_,  
complemento BU, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era  
ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Veículo: PAS Motociclo.

Modelo: HONDA/CB350 FAN ESDI

Ano: 2014/2015

Placa: 0Y24640

Chassi: 9CCKC1680FR508455

Data do Acidente: 21/03/2019

Local e Data: 21/03/2019 SALOÁ



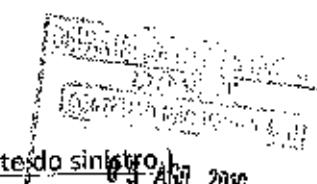
Hermesson Honório de Oliveira

Assinatura do Declarante



ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

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



Gentil Registral e Notarial S/A  
Av. Juscelino Kubitschek, nº 715 - Centro  
Cidade: Belém - PA - CEP: 66015-020

SERVÍCIO REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOÁ - Carmela Alves Silva - Titular  
R. José Florentino Alves, nº 51 - Centro - Saloá - PE - CEP: 57150-000 - Tel: (87) 3612-0614 - [www.usp.br/seleodigital](http://www.usp.br/seleodigital)

Reconheço por Autenticidade a firma de: HERMESSON HONORIO DE OLIVEIRA em  
13/06/2019, dou fé. Em test.  da verdade. Escrevente:  
Leandra Ferreira da Silva Dias  Empor R\$ 3,99 TSNR   
R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91  
Selos: 0074062.ZUL05201903.00108 Consulte autenticidade em  
[www.usp.br/seleodigital](http://www.usp.br/seleodigital)  
Selos: 0074062.ZUL05201903.00105

Servente: Carmela Alves Silva  
Titular  
Rua José Florentino Alves, nº 51



SERVÍCIO REGISTRAL E NOTARIAL DE SALOÁ - Carmela Alves Silva - Titular  
R. José Florentino Alves, nº 51 - Centro - Saloá - PE - CEP: 57150-000 - Tel: (87) 3612-0614 - [www.usp.br/seleodigital](http://www.usp.br/seleodigital)

Reconheço por Autenticidade a firma de: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA em  
13/06/2019, dou fé. Em test.  da verdade. Escrevente:  
Leandra Ferreira da Silva Dias  Empor R\$ 3,99 TSNR   
R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91  
Selos: 0074062.LMT05201903.00108 Consulte autenticidade em  
[www.usp.br/seleodigital](http://www.usp.br/seleodigital)  
Selos: 0074062.LMT05201903.00108

Servente: Carmela Alves Silva  
Titular  
Rua José Florentino Alves, nº 51

**FICHA DE ATENDIMENTO**

Número do Registro	Data e Hora de Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
51703	27/03/2019 às 22:45:25		EMERGÊNCIA ORTOP

**Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:**

Paciente: 025386306 - ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

NIS: 160717562790004 Nascimento: 13/12/1994 Idade: 24 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: SUMARE -SP Nacionalidade: Brasileiro

Documento:

 RG - 9972504 Filiação:  
 Pai:  
 Mãe: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO

Endereço (Av., Rua, etc): SITIO SERRA D'APRATA, Nº

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Saloá

UF: PE

Telefone: (87) 8129-2535

Companhante:

Corrida:

 Acidente de trabalho: Sim  Não 

Procedência: Saloá

Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico:

CRM:

Unidade Principal:

IDA:

*Dr. J. S. Medico m/s  
Luis E.*

**História de Trauma:**

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Type:				
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Type:			Motorista <input type="checkbox"/>	Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:				
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Type:			Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/>	Altura: _____
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Por:			Transporte realizados por:	
Condições de imobilização adequada:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>				Porque: <i>200g de gelo</i>	

**Exame físico:**

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Temp.: _____
----------	---	------------------------------	---	------------------------------	--------------

**B: Respiratório**

C: Circulatório	PA: _____ x mmHg	P脉:	bpm
			05-AGO-2019

**D: Exame Neurológico**

Glasgow: Abertura Ocular	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocordicas <input type="checkbox"/>	Anisocôr
Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Verbal				Glasgow: Resposta Motora	

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

*Dia 5 de Agosto  
Rx para exames*

Cód. Procedim:

Ass. Médico + Ca

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

Ass. Enfermeira +

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Conversão da Alta:

Curado  Mel

Inalterado  Pior

Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

#### Termo de Responsabilidade para Internamento

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Idade:				

Nome:	Leandro Francisco de Souza
Situação/Queixa:	Abdome constipado
Localização:	Abdome central
Intensidade:	Moderada
Modo:	Continua
Tempo:	1 hora
Alívio:	Não

#### PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			

#### INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

#### PARÂMETROS

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

#### REGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

#### ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmô
Agitado	Torporosa	Comatoso	Não entende voz de comando	
Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia	
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Obnese	
Palidez	Sudorese			

#### DOR TORÁXICA

INTESA	MODERADA
--------	----------

Duração da dor:

Localização:

#### IRRADIACÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdômen
				Agosto 2013	

#### DOR PRESENTE

#### AOS ESFORÇOS

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

Dr. Hugo Cardoso  
Ginecologista e Obstetra  
CRM-PE 101776

Data:

Assinatura/Carimbo

## **CONDUTA DE ENFERMAGEM**

Assinatura/Carimbo

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste**  
**EMERGÊNCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

		Atendimento: 497342	Promtúario: 336221
Nome: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA	Idade: 24	Sexo: MASCULINO	Religião:
Data Nasc.: 13/12/1994	RG: 3972504	Cor: PARDA	CNS: 160717562790004
CPF:		Nº: 0	
Enderedo: SITIO SERRINHA DA PRATA			
Bairro: ZONA RURAL		Cidade: SALOÁ	Estado: PE
CEP: 55353971	Fone: 981762076		Profissão: AGRICULTOR
Name da Mae: MARIA DO SOCORRO DE MELO HONORIO			
Acompanhante:			
Motivo da Atendimento: QUEDA DE MOTO			
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			

**2 - ATENDIMENTO**

Data: 01/04/2019 12:13

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Psicose com agressividade 20  
União ♂ + 60% de m. nasa.  
Encarcerado 20 horas m.

Exame Físico:

Notas: Dura tristeza p/ exames se  
mudou p/ 20% o m.

Diag. Provisório:

Agresivo, os unidos/cessar m. nasa

União encarcerado p/  
m. nasa

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data:

Dr. Marciel  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 16692-RN07-7455

05 AGO. 2019

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

Sch. No. 5653023

Unidade de Saúde	H2DM	Município	GOIAS	Região de Saúde
Nome do Paciente	ALIAN ALICE HONORIO DE OLIVEIRA			
Quadro Clínico	DOR - TURPENCIAS FÍNCAIS FRACAS + SINTOMAS CLÍNICOS DE LESÃO DO N. RADIAL			
Diagnóstico	LESÃO DA FÍNCIA DO RADIAL + LESÃO DO N. RADIAL			
REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	CENTRAL REGIONAL DE ALBERTO GOMES	GOIANA		
Motivo (Registro detalhado)	DOR FÍNCIA + NEUROLOGIA			
REMOÇÃO	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
	<i>DR. SAULO ALMEIDA SUSPENSAO DE TRAUMATOLOGIA CENTRAL REGIONAL 4551</i>	87-88	01/04/10	
Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
Motivo (Registro detalhado)				
REMOÇÃO	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
Motivo (Registro detalhado)				
REMOÇÃO	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
Motivo (Registro detalhado)				
REMOÇÃO	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
Unidade prestadora do atendimento	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
Especificação do Atendimento Prestado				
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data		

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**RELATÓRIO OPERATÓRIO**

**Unidade de saúde:** HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

**Paciente:** ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

**Nº Registro:**

**Clínica:** ORTOPEDIA

**Nº do leito:**

**Operador:** DR. MARCELO CAPELA

**2º Assistente:** DR CLAUDIO DOS ANJOS R3

**2º Assistente:** DR MARCOS GONÇALVES  
RJ

**Instrumentador:**

**Anestesia:** BLOQUEO DE PLEXO

**Anestesista:**

**Data da Operação:** 16/04/2019

**Duração:**

**Inicio:**

**Termino:**

**Diagnóstico Pre-operatório:** FRATURA DIAFISÁRIA DE UMERO + LESÃO DE PLEXO BRACIAL

**Diagnóstico Pos-operatório:** O MESMO

**Operação Proposta:** OSTEOSINTSE DE FRATURA DIAFISÁRIA DE UMERO

**Operação Realizada:** A MESMA

**DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + AROSCAÇAO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INSICAO ATEROLATERAL + DISSECAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4. VISUALIZADO FOCO FRATURARIO + REALIZADO CALOSTOMIA + REDUCAO DA FRATURA
5. FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4,5 MM LARGA DE 7 Furos + 6 PARAFUSOS CORTICAIS ( 3 DISTAIS E 3 PRÓXIMAS )
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO,9%
7. REVISÃO DA HEMOSTASIA
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA.

DR. MARCELO CAPELA  
Médico Presidente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 007460

16/04/2019

## **FICHA DE ANESTESIA**

N 218367

• ۲۷۰ •

CBS: Want to move into service  
and control = mission

卷之三

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Enfermaria:

Registro N°:

Declaro que sou paciente  
do assistente de  
nurs. em 27/3/2019  
(8ºc). Meus plecos  
migrações e +  
fret. diaf. Vou ser  
ver exames  
complementares,  
regresso de alta e  
clínica. Exames:  
PI fisiológico, ENOG,  
SL. Nel - 2º lugar  
de beneficiários  
de reabilitação

Data:

Médico CRM:

O primeiro Cigarrinho é uma passagem para o céu.  
Elielde Monteiro de Souza

29/3/2019  
2º Lugar

Dr. Milton Pereira de Barros  
CRM: 10660  
2º Concurso  
Ortopedia

05 AGO. 2019

Gestão Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, n° 215 - loja 3  
Recife - Recife / PE - CEP: 52011-030



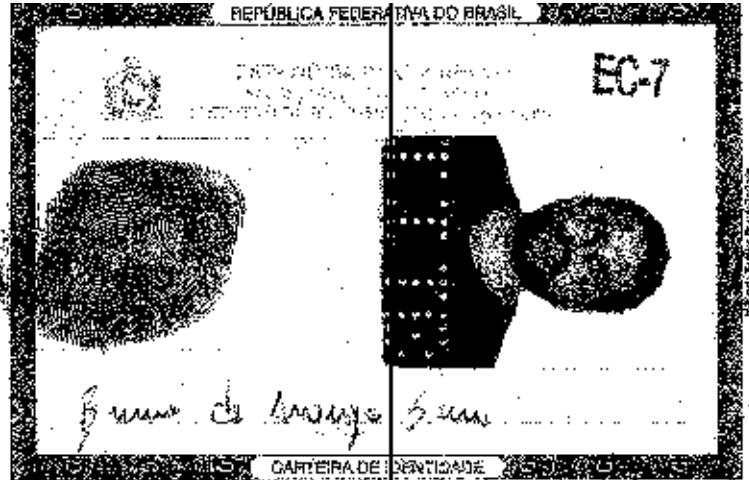
05 AGO. 2019

ÓGICAS  
Av. Belo Horizonte, 1715 - Loja 5  
Curitiba - PR - 81010-000

**05 AGO. 2019**

Centro Integrado de Segurança Pública  
Av. das Palmeiras, nº 70 - Centro  
Brasília - DF - CEP: 70.100-000

Assunto: Boletim de Ocorrência  
Número da Ocorrência: 00000000000000000000000000000000  
Data da Ocorrência: 05/08/2019  
Localização: Centro, Distrito Federal  
Endereço: Centro, Distrito Federal  
Bairro: Centro, Distrito Federal  
CEP: 70000-000  
Horário: 10:00:00  
A ocorrência refere-se aocorrência de furto  
de automóvel no bairro Centro.  
A vítima é uma pessoa de nome  
Márcio Souza Costa, nascido em 01/01/1981  
no DF em 01/01/1981.  
Estado Civil: Solteiro.



CAMERAS DE VIGILANCIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO SERIAL	DATAS DE EXPEDIÇÃO	
<b>10.980.449</b>	<b>26/01/2019</b>	
SERIE	<< BRUNO DE ARAUJO SENA >>	
PLACAS	<< ERALDO MORAES DE SENA >>	
RURAL/URB.	<< MARILEIDE DE ARAUJO SENA >>	
RURAL/URB.	DATA DE REGISTRO	
<b>OLINDA - PE</b>		<b>30/11/1985</b>
DOC. Nº 000024		<< CN49274 LAMAR PIZZEV CANT OLINDA-PE
02.12.1985 >>		
PERÍ	C6G.473.174-46	

卷之三

15 AGO. 2019

Correspondence & Books  
An International Journal  
of English Language Studies



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264842/19

**Vítima:** ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

**CPF:** 115.885.914-76

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/03/2019

**Titular do CPF:** ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### BRUNO DE ARAUJO SENA : 060.473.174-48

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA : 115.885.914-76

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](http://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: 05/08/2019  
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA  
CPF: 060.473.174-48

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019  
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

BRUNO DE ARAUJO SENA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264842/19

Número do Sinistro: 3190462143

Vítima: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

CPF: 115.885.914-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/03/2019

Titular do CPF: ALAN MELO HONORIO DE OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

## 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](http://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: 14/08/2019  
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA  
CPF: 060.473.174-48

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

BRUNO DE ARAUJO SENA

Marta Marinho dos Santos