

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu

Josilene Ferreira Macedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ

540974874

34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Andre Luiz Barbosa Reimers

inscrito (a) no CPF sob o Nº

361232538

83

do sinistro de DPVAT cobertura

invalides

da vítima

Andre Luiz Barbosa Reimers

inscrito (a) no CPF sob o Nº

361232538

83

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:

Rua Antenor Navarro

Número:

729

Complemento:

Casa

Bairro:

Metropolys

Cidade:

Lamaru

Estado:

PE

CEP:

52032210

E-mail:

macedoff43@gmail.com

Tel (DDD):

8199907-7182

Local e Data:

Caruaru, 29 de Janeiro de 2019

Josilene Ferreira Macedo
 Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



FICHA DE ATENDIMENTO

EMPREENHISTA: Patyline Data: 26/09/18 Hora: 01:55 min
Nome: Andre Luiz Barbosa Gomes Nº do Prontuário: _____
Idade: 24 Nascimento: 11/09/81 Nº SUS: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

Cidade: SIL Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____

Atendimento dos da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2%: _____

Atendimento dos da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min

Doenças preexistentes: _____

Medicamentos: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Cianose () ; Estridor () ; PC < 50 > 140 () ; FR > 32 vpm () ; Extremidades frias () ; Pulso fraco ()

Suor ausente () ; Sudorese () ; PAS < 80 mmHg () ; PAD > 130 mmHg () ; Letargia () ; Convulsionando () ;

Insensível ou sem resposta a dor () ; Intoxicação exógena () ; Sangramento intenso () ; Lesão grave () ;

Edematosas > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas () ; Hipoglicemia com sudorese intensa () ;

Sinais de choque () ;

05.802.494/0001
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Traumatizado com Glasgow entre 13 e 16 () ; PC < 50 ou > 140 () ; PAS < 80 () ; PAD > 130 () ;

Temperatura > 39°C () ; Febre com imunodepressão () ; Convulsão nas últimas 24h () ; Mucosas ressecadas () ;

Edematosas de 1° e 3° graus em áreas não críticas () ; Abuso sexual () ; Dor abdominal ou torácica intensa () ;

Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa () ; História até 72h de:

Alcoolismo () ; Hematemese () ; Enterorragia () ; Epistaxe () ; Acidente químico/cortante c/ mat biológico () ;

INSTITUTO ALCO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES** nascido em 17/09/1981 esteve nesta unidade hospitalar no dia 26/08/2018 por volta das **01h55min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 04 de FEVEREIRO de 2019.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Jose Ademir Pereira
DIRETOR
MAT.069043



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Data Nasc.: 17/09/1981

C.F.: 36123253883

Endereço: RUA ABILIO CESAR P NETO

Bairro: MALAQUIAS CARDOSO

CEP: 55190000

Nome da Mãe: DEUSDETE BARBOSA LEMES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 440475

Prontuário: 324220

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CNS: 703605040787034

Nº: 7

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Estado: PE

Profissão: SERRALHEIRO

2 - ATENDIMENTO

Data: 26/08/2018 14:19

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Exame Físico:

Vitima de acidente de moto, apurando
do no local de acidente.
Edema no local de acidente.
Aformosidade.

PA:

FC:

FR:

Diag. Provisório:

fratura de fêmur D.

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Internamento.
Rx bacia AP
Ao Bloco de Rx!

05.802.494/0001-43
TRACAC CORRETORA
DE SEGURANÇA

10 Abr 2019

Rua da Amizade, nº 175, St. José do C.
Roraima - CEP 55085-010
RECIFE-PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: André Luiz Barbosa ~~Menezes~~

Nº do Registro: 324220

Clínica: Ortopedia

Nº do Leito:

Operador: R. Waldner

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: A. Tals

Anestesia: Sedação

Duração:

Data da Operação: 26/8/18

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura do fêmur D

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: tração trausquelital

Operação Realizada: O mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

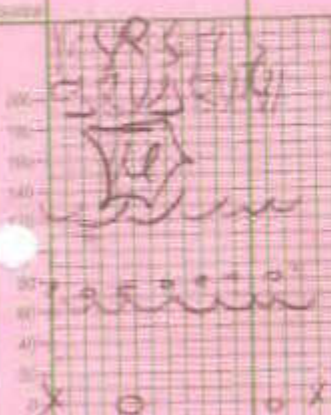
paciente em decúbito dorsal, anestesiado,
 limpo e antisséptico,
 aplicação de campo operatório,
 Realizado tração trausquelital no membro
 direito
 A. Tals

Dr. R. Waldner
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 1220

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

17 ago 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C
 Casa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

NOME: <u>André Luiz Barbosa Lima</u>		REGISTRO: <u>324720</u>		CATEGORIA: <u>SUS</u>	
HOSPITAL: <u>HRA</u>		SEXO: ☒ M ☐ F	COR: ☒ B ☐ N	IDADE: <u>34</u>	FORMADO: <u>11/08/13</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de tíbia</u>		PEZO: <u>86</u> Kg	PA: <u>120x80</u>	EC: <u>96</u>	RESPIRAÇÃO ASA: <u>4-5-1</u>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>A costura</u>		CÓDIGO CIRÚRGICA: <u>31070 31031-0</u>		MONTE: <u>2</u>	IL: <u>100</u>
ESPECIFICAÇÃO PROPOSTA: <u>Tratam. tipo laparosc.</u>					
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>A laparosc.</u>					
					
05.802.494/0001-41 FACULDADE DE DIREITO DE SEGUROS E REA 18 APR 2019 Rua da Aurora, 1517, S. 102 AL C Bela Vista CEP 13.060-010 FONE 11 3300-0100					
AGENTES: <u>Pontes</u> <u>Magalhães</u>	CONG: <u>100</u> <u>250mg</u>	QUANTIDADE: <u>100</u> <u>250mg</u>	TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>Intubação orotraqueal 4 (2) + (2)</u>		
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>15m</u>			DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>20m</u>		
☒ CARMEN SCORPI	☐ CARMEN SCORPI	☐ PVS	☐		
☒ CARMEN SCORPI	☐ E. VESICAL	☐ TEMPERATURA	☐		
☐ PNE	☐ LINHA ARTERIAL	☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	☐		
EXPLANAÇÃO: ☒ ACORDADO ☐ ACORDADO ☐ MONITORADO ☐ INTUBADO			DESCRIÇÃO: ☐ RES ☐ US ☐ GONITE		
Dr. Thales Portela Barbosa Médico Anestesiologista CRMPE 25410					
ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA					

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO							
PACIENTE: <u>Andre Luiz Bordeira</u>				REGISTRO Nº <u>324220</u>			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>08</u>				DATA <u>26/08/18</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ubaldo F. Ferreira</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Thalles Portela</u>			
ANESTESIA: <u>Sedação</u>							

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
✓	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço <u>Kishner 5.5</u>		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
01	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			17	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi <u>24</u>		
01	<u>propofol</u>				Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>pentamid</u>				Luvas Estéreis 7,5		
					Luvas Estéreis 8,0		
				01	Seringa 5ml		
				01	Seringa 10ml		
				01	Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
05	<u>Amoxicilina</u>			08	<u>luvas procedimento</u>		
05	<u>propofol 1% (1)</u>			✓	<u>cloroxidina</u>		
05	<u>doxyc</u>			✓	<u>spicidolap</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Si Teu bu

Nome: Paulo Luiz Barbosa Gomes

Prontuário: 324220

Data: 26 / 08 / 2018 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

101062) 2/25

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2018

TRATAMENTO REALIZADO:

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Tratamento realizado por outro

CDT

Alta Hospitalar: Data: 25 / 10 / 18 Hora: _____

Dr. Jackson Florença
Ortopedista

15 OUT. 2018

CRM 18573-PEOT - 13022
CPF: 066.481.384-06

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

HRA

Data: 25/10/18

hor: inscricao

Dr: 8h



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.062-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, 141 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, 117, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.910.997 18/02/2014

<< ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES >>

<< >>

<< DEUSDETE BARBOSA LEMES >>

GUARUJÁ - SP 17/09/1981

<< 116061 01 55 1983 1 00016 038
0015411 73 GUARUJÁ-SP >>

HC21250
1177

F-59 04.325 - 121X

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-49

SECRETARIA DE JUSTIÇA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

André Luiz Barbosa Lemes

Carteira de Identidade

Polícia
83.938

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
361.232.538-83

Nome
ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES

Nascimento
17/09/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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

ATENDIMENTO: RUA FB CANECA - NRE. - 00152 - MUNICÍPIO DE BASS
AU CARUARU-PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE

JOSILENE FERREIRA MACEDO
R ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS - CARUARU-PE 55052-2
INSCRIÇÃO: 041.971.170-075-075 GRUPO: 16 DEB. AUTOMÁTICO: 075257672

Matrícula: 106257672 Per: 2019

SITUAÇÃO ADIA LIGADO	SITUAÇÃO EBOOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1			
HIDRÔMETRO A138853-778	DATA LEIT. ANTERIOR 11/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 34/03/2019	TIPO DE CONSUMO (M3)		
			MÉDIA M3		

AGUA:

LEIT ANT: 291 CONSUMO: E
LEIT ATU: 286
LEIT FAT: 286 LEIT M3 ANT

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

01/2019 06
12/2018 06
11/2018 04
10/2018 06
09/2018 07
08/2018 07
MÉDIA: 06

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS	
TURBIDÍDEZ	10	10	10	
COR APARENTE	10	10	10	
CLORO RESIDUAL	10	10	10	
DECF. OXIGÊNIO	10	10	10	
E. COLI	10	10	10	

Qualidade da Água: mm. compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA SEM DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDÍDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

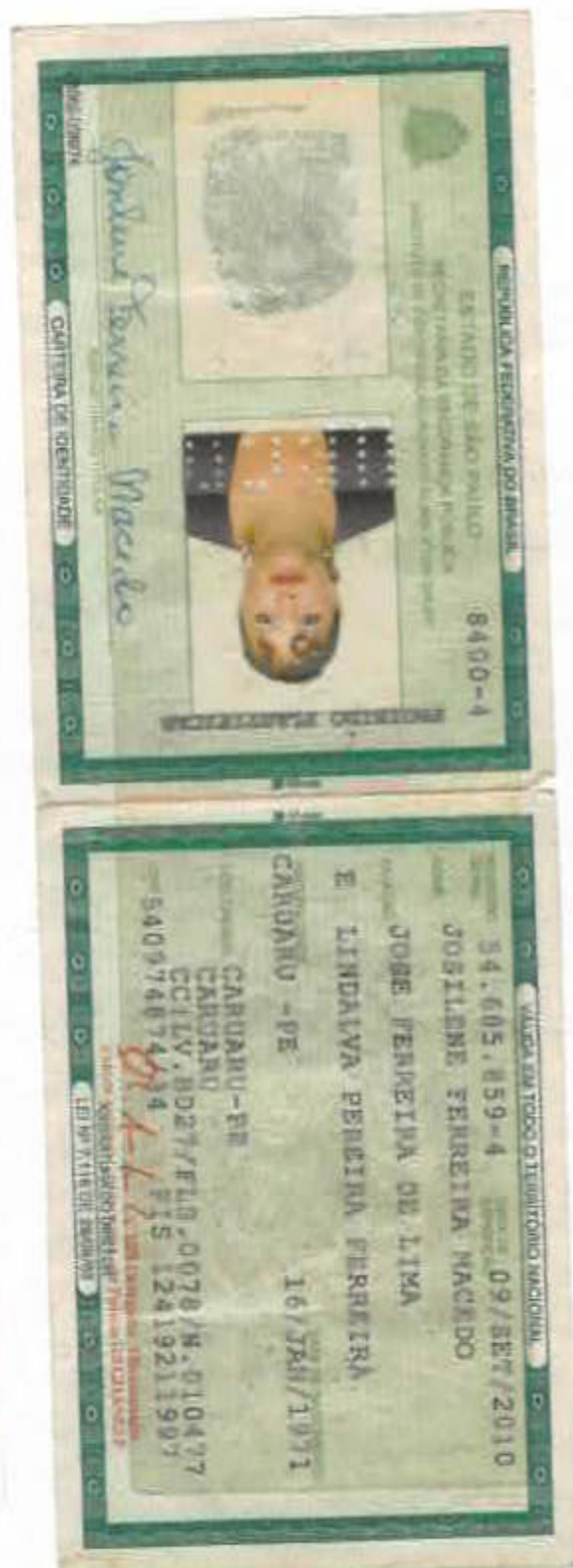
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	41,30

INDICADOR	VALOR DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO MÓDULO
DE	41,30	1,05	6,68
COMO	41,30	7,68	3,14

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190269860 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELETICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 4,6

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR.

OUTORGANTE:

NOME: Andre Luiz Barbosa Lemes
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro.
PROFISSÃO: Autônomo IDENTIDADE: 9.930997-5 DS-PG
CPF: 363.232.538.83 CNH: — / — / —
ENDEREÇO: Rua Adílio Leon R. Neto 07
BAIRRO: Milagres Antão CIDADE: Santa Cruz do Capibaribe
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA. ESTADO CIVIL: CASADA.
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.
CPF: 540-974-874-34. CNH: —
ENDEREÇO: RUA ANTENOR NAVARRO N - 729
BAIRRO: PETROPOLIS. CIDADE: CARUARU. ESTADO: PERNAMBUCO.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a SEGURADORAS, referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cruz do Capibaribe / PE, 29 de janeiro de 2019
LOCAL E DATA

Andre Luiz Barbosa Lemes
ASSINATURA DO OUTORGANTE.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.050-010
RECIFE - PE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de (1) Andre Luiz
Barbosa Lemes
Dou fe Santa Cruz do Capibaribe, 29/01/2019 - Total: 4,79
Em Testemunho da verdade
Eliane Nilza de Oliveira - Escrevente
Selo(s): 0159487-IRF0 201901 02237
• Consulte autenticidade em: www.tipejus.br/seledigital

Isaacs Isaac Aécio Freitas Miranda
Av. Torquato Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 2121-8100



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123116/19

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

CPF: 361.232.538-83

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES : 361.232.538-83

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: 10/04/2019
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO
CPF: 540.974.874-34

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123116/19

Número do Sinistro: 3190269860

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

CPF: 361.232.538-83

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 26/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES : 361.232.538-83

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: 15/04/2019
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO
CPF: 540.974.874-34

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190269860

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

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

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190269860

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

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

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190269860

Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000027375-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190269860 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO TRANSESQUELETICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 4,6

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **36123253883** Nome completo da vítima: **André Luiz Barbosa Soares**

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

Nome completo: **André Luiz Barbosa Soares** CPF: **36123253883**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Abílio Leão P. Neto** Número: **07** Complemento: **481**

Bairro: **Milagres Cardoso** Cidade: **Santa Luz do Capibaribe** Estado: **PE** CEP: **55190389**

E-mail: **marcioloff43@gmail.com** Tel./DDD: **8199907-7180**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1038** CONTA: **27375** **0**

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
Assinatura

10 ABR 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 907 BL. C
Assinatura
CPF: 50.060.010
RECIFE-PE

(*) 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-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



AUTO-ATENDIMENTO - Ag Santa Cruz do Capibarib
DATA: 04/04/2019 HORA: 12:49:31
TERMINAL: 10381810 CONTROLE: 103810100463

AGENCIA: 1038 - SANTA CRUZ DO CAPI
CONTA: 013.00027375-0
CLIENTE: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
09/03	0,00
11/03	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
09/03	22,89
11/03	0,05

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			22,850

Março

09/03	000000	REM BASICA	0,000
09/03	000000	CRED JUROS	0,060
11/03	000000	REM BASICA	0,000

RESUMO EM 03/04

SALDO	22,940
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	22,940
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	22,940

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 900
CIRCUNSCRIÇÃO CARURU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2106000175**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/04/2019** às
12:17

Complementa o BO Número: 19E2106000173

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **26/3/2018** às **01:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE,
1, AVENIDA PREFEITO ERÁZ DE LIRA, PROXIMO AO SAMU - Bairro:
CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-010
Bos Vista - CEP: 55060-010
SANTA CRUZ - PE

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

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

**ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
DEUSDETE BARBOSA LEMES Data de Nascimento: 17/9/1984 Naturalidade: GUARUJA / SÃO
PAULO / BRASIL Documentos: 9916997/SSS/PE (RG), 36122263883 (CPF) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: SERRALHEIRO Telefones
Celulares:
- 81973203313**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA ABILIO
CESAR P. NETO, 36, - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO NESTE POSTO POLICIAL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE NO DIA DO FATO ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO LOCAL CONHECIDO COMO GIRADOURO PARA O SAIRRO MALAQUIAS CARDOSO E PARA TANTO FEZ USO DE UM MOTOTAXISTA E ESTA ESTAVA USANDO UNIFORMAMENTO CARACTERÍSTICO NAQUELA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIMARIPE, OU SEJA, O CONDUTOR ESTAVA USANDO UM COLETE MAIS A VÍTIMA NÃO LEMBRA A NUMERAÇÃO DAQUELE COLETE E INICIARAM A VIAJEM PORÉM NA AVENIDA PREFEITO BRÁZ DE LIRA, AO LADO DO SAMU E EM UMA CURVA O CONDUTOR ESTAVA USANDO VELOCIDADE ACIMA DO PERMITIDO E NESTA CURVA AMBOS FORAM AO SOLO OU SEJA, SO A VÍTIMA E GARUPA SENTIU DORES POIS O CONDUTOR DEPOIS DA QUEDA LEVANTOU FOI ATE A VÍTIMA PEGOU O CAPACETE QUE ESTA USAVA E FOI EMBORA, POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DE EMERGENCIA QUE E PROXIMO DO LOCAL DO ACIDENTE COMPARECERAM UMA EQUIPE E NESTE ATO A VÍTIMA APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO DE SALVAMENTO NO QUAL CONSTA ID-9987, REG-22.292, APOS OS PRIMEIROS SOCORROS A VÍTIMA FOI TRANSPORTADA PARA UPA 24 HORAS DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIMARIPE E APRESENTA COPIA DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE ONDE RECEBEU O PRONTUARIO DE NUMERO 324229, ONDE CONSTA QUE O MOTIVO DO ATENDIMENTO E QUEDA DE MOTO E FEZ TRATAMENTO CIRURGICO NA PERNA DIREITA FICANDO CERCA DE QUATRO MESES.

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

ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: 321994-4



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

OBS B.O
foi retificado pois
o agente colocou a mesma
data que foi registrada
B.O na data do acidente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 909
CIRCUNSCRICAO CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000173

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/04/2019 às 11:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 6/4/2019 às 01:05

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, AVENIDA PREFEITO BRÁZ DE LIRA, PROXIMO AO SAMU - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

05.802.494/0001
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 ABR 2019
Rua da Aurora, nº 175, 9º 902 BL. C
Rio Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

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

ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DEUSDETE BARBOSA LEMES Data de Nascimento: 17/9/1981 Naturalidade: GUARUJA / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 9916997/SDS/PE (RG), 36113363883 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: SERRALHEIRO Telefones Celulares: 81973263343

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA ABILIO CESAR P. NETO, 18, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

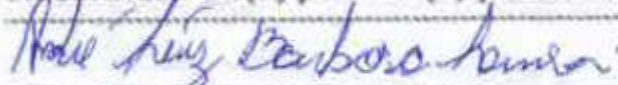
MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto

apreendido. Não

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)****Complemento / Observação**

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO NESTE POSTO POLICIAL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE NO DIA DO FATO ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO LOCAL CONHECIDO COMO GIRADOURO PARA O BAIRRO MALAGUIAS CARDOSO E PARA TANTO FEZ USO DE UM MOTOTAXISTA E ESTA ESTAVA USANDO UM FARDAMENTO CARACTERÍSTICO NAQUELA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, OU SEJA, O CONDUTOR ESTAVA USANDO UM COLETE MAIS A VÍTIMA NÃO LEMBRA A NUMERAÇÃO DAQUELE COLETE E INICIARAM A VIAJEM POREM NA AVENIDA PREFEITO BRÁZ DE LIRA, AO LADO DO SAMU E EM UMA CURVA O CONDUTOR ESTAVA USANDO VELOCIDADE ACIMA DO PERMITIDO E NESTA CURVA AMBOS FORAM AO SOLO OU SEJA, SO A VÍTIMA GARUPA SENTIU DORES POIS O CONDUTOR DEPOIS DA QUEDA LEVANTOU FOI ATE A VÍTIMA PEGOU O CAPACETE QUE ESTA USAVA E FOI EMBORA, POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DE EMERGENCIA QUE E PROXIMO DO LOCAL DO ACIDENTE COMPARECERAM UMA EQUIPE E NESTE ATO A VÍTIMA APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO DE SALVAMENTO NO QUAL CONSTA ID-8987, REG-22.293, APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS A VÍTIMA FOI TRANSPORTADA PARA UPA 24 HORAS DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE E APRESENTA COPIA DAQUELA UNIDADE HOSPITALAR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE ONDE RECEBEU O PRONTUARIO DE NUMERO 324226, ONDE CONSTA QUE O MOTIVO DO ATENDIMENTO É QUEDA DE MOTO E FEZ TRATAMENTO CIRURGICO NA PERNA DIREITA FICANDO CERCA DE QUATRO MESES.

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

**ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES**
(VITIMA)B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **381884-6**05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **361.232.538.83** Nome completo da vítima: **André Luiz Barbosa Leães**

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

Nome completo: **André Luiz Barbosa Leães** CPF: **361.232.538.83**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Abílio Leães J. Neto** Número: **07** Complemento: **CASA**

Bairro: **Milagres Cardoso** Cidade: **Santa Luz do Paraitambi** Estado: **PE** CEP: **55190-389**

E-mail: **marcioloff43@gmail.com** Tel (DDD): **81 99907-7180**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1038** CONTA: **27375** 0

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os 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.

Local e Data: **Paraupeba 07/04/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
Assinatura
10 APR 2019
Sua da Aurora, 117, SL 902 BL. F
Assinatura
CPF 50.000.010
RECIFE-PE

(*) 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-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **ANDRÉ LUIZ BARBOSA LEMES**, CPF-361.232.538-83, RG-9.910.997-SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID-0607, REG-22.293 no dia 26 de agosto 2018, às 01:15h e 15min, na Av. Prefeito Bráz de Lira, com queixa de queda de moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de, imobilização, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 29 DE JANEIRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 APR 2019

Rua da Aurora, nº 125, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em 26/02/2013

André Luiz Barbosa Lemes

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: 26/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE LUIZ BARBOSA LEMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000027375-0

Nr. da Autenticação 7945099CDFE1028F



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

ATENDEMENTO: RUA FB CANECA - NRE. - 00152 - MUNICÍPIO DE BASS
AU CARUARU-PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE

JOSILENE FERREIRA MACEDO
R ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS - CARUARU-PE 55052-2
INSCRIÇÃO: 041.971.170-075-075 GRUPO: 16 DEB. AUTOMÁTICO: 075257672

Matrícula: 106257672 Per: 2019

SITUAÇÃO ADIA LIGADO	SITUAÇÃO EBOOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1			
HIDRÔMETRO A138835-778	DATA LEIT. ANTERIOR 11/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 34/03/2019	TIPO DE CONSUMO (M3)		
			MÉDIA M3		

AGUA:

LEIT ANT: 291 CONSUMO: E
LEIT ATU: 286
LEIT FAT: 286 LEIT M3 ANT

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

01/2019 06
12/2018 06
11/2018 04
10/2018 06
09/2018 07
08/2018 07
MÉDIA: 06

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS	
TURBIDÍDEZ	10	10	10	
COR APARENTE	10	10	10	
CLORO RESIDUAL	10	10	10	
CECÍF. BACTÉRIAS	10	10	10	
E. COLI	10	10	10	

Qualidade da Água: mm. compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA SEM DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDÍDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	41,30

INDICADOR	VALOR DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO MÓDULO
DE	41,30	1,05	6,68
COMO	41,30	7,68	3,14

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

