

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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<sup>1</sup> 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 falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324-29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTÔNIO S. MÁO NUNES inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.239.254-88, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima ANTÔNIO S. MÁO NUNES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.239.254-88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:  
RECUSO INFORMAR

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>ANTÔNIO FÔME DE SOUZA</u>	Número	<u>573</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade	<u>SERRA FALHADA</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>87.48878-5033</u>	Telefone celular (DDD)	<u>87.4.9998-5477</u>

SERRA FALHADA PE, 22 de NOVEMBRO de 2018  
Local e Data

George Carlos Melo Lima  
Assinatura do Declarante

**EXCELSIOR SEGUROS**  
**27 NOV. 2018**  
**SEGURO DPVAT**



**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

**Nº:**

54-

Data:	22.09.2018	Hora:	11:10		
Nome:	Antônio Simão Nunes				
Nome Social:					
Nascimento:	25.02.78	Sexo:	m.		
Escolaridade:	1º Ano	Profissão:	arreleiro		
Mãe:	Dorotéa Maria Simão Nunes				
Endereço:	Rua Azevedo 513				
Bairro:	Centro	Município:	Recife		
Cartão SUS:	RG/CPF: 5.552.349				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  **VERMELHO**  **AMARELO**  **VERDE**  **AZUL**

Situação/Queixa:

SENHA: 5518893

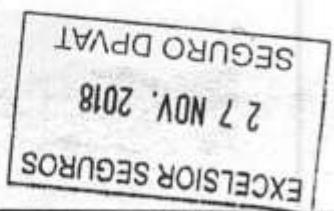
Apagado

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:					

**ATENDIMENTO MÉDICO**

História e Exame Físico:

Reforça quadro de vmt en + 20min. Depois vnit e  
perde cl. consciênc.



Tratamento:

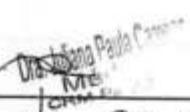
- 1- Solutio Ringer 1L
- 2- Dexametasona 2mg - clamps / m
- 3- Voltaren 75mg - clamps / m

Luziane V. M. Azevedo  
COREN-PE 615.605-TE  
Laura Rayani da Silva Silvestre  
Enfermagem  
COREN-PE 1115.322

Hipótese Diagnóstica:

Fractura clav. -  
traum. -  
fract. clav. -  
fract. clav. -

Carimbo e Assinatura:



## CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

D Fazzer imobilizar c  
O corpo e doloroso  
mas nenhuma dor ortopédica  
não se sente

Exames Solicitados:

- |                                      |                                    |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma   | <input type="checkbox"/> LCR       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose     | <input type="checkbox"/> HIV       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia       | <input type="checkbox"/> VDRL      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina  | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma   | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

Dr. Francisco Gomes  
Clínica Geral e Obstétrica  
CREMEPE 5710

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
paciente e senha de transferência PI: H.R.A. PI ortopédica Senha: 5518 873.	Vilaflor 12 das 5 Marinho Rec de Zézé COREN 22 569 800	

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH  
Serra Talhada-PE



## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

Data:	22.09.2018	Horário:	11:10		
Nome:	Antônio Dima Nunes	Profissão:	Desalvo		
Nome Social:		Estado Civil:	casado		
Nascimento:	25.02.78	Sexo:	mas.		
Escolaridade:	1º ano	Responsável:	desalvo		
Mãe:	Desiderina Maria Dima Nunes				
Endereço:	Rua C. T. 513	Município:	Salvador		
Bairro:	Salvador	Fone:	9963.8121		
Cartão SUS:		RG/CPF:	5.552.349		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO

 AMARELO

 VERDE

 AZUL

Situação/Queixa:

SENHA: 5518823

Aparecida

PA: P脉: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

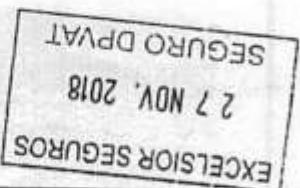
Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Refeições adequadas. Urt. br. + admin. Sep. venito e perda de consciência.



Tratamento:

- 1- Solutio Rx sombra E
- 2- Dexametasona 5mg - Olamp. 1M
- 3- Voltaren 75mg - Olamp. 1M

Luziana M. Azevedo  
COREN-PE 615.605-TE  
Laura Rayani da Silva Silvestre  
Enfermagem  
COREN-PE: 1115.322

Hipótese Diagnóstica:

Fratura Cerv.

Traum. Cerv. cervical

Fract. Lumbocostal de pe direito

Carimbo e Assinatura:

## CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

### Outras queixas:

④ Fazer immobilização  
e Vezou e colar  
uma tira de ortopedia  
nas unhas

**Exames Solicitados:**

- |                                      |                                    |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma   | <input type="checkbox"/> LCR       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose     | <input type="checkbox"/> HIV       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia       | <input type="checkbox"/> VDRL      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina  | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma   | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma  | <input type="checkbox"/> _____     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

Dr. Francisco Conset  
via Cicali e Chiaro  
GMEPE - 1974

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário
<p>Paciente e senha de transferência          PI H.R.A. PI ortopóca          Senha: 5518 873.</p>	<p>Horário          Vila Matilde 11 das 5 Manhã          Vac. de doação hospitalar          COREN-PI 550-600</p>

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaco reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEN  
Serra Talhada-PE

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SÃO FRANCISCO

2517124

4 - CNES

2517124

## Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

CPF 03023925488

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

851405688662734

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - N.º DO PRONTUÁRIO

41890

9 - NOME DO PACIENTE

Antônio Simões Nunes

10 - DATA DE NASCIMENTO

25/02/1978

11 - SEXO

Masc. Fem. 

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Severina Maria Simões Nunes

DDD - 13 - TELEFONE DE CONTATO

83997845932

14 - ENDEREÇO (RUA N.º BAIRRO)

rua das Flores, 370

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Paulo

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0201220

17-UF

SP

18 - CEP

045690960

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

T2N1M0 no Ouro Rei Acute  
nebula

EXCELSIOR SEGUROS

13 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

① fratura clavicular

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura clavicular

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04.08.01.022-3

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Ebenone A. Silva  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 15.122  
CEM: 99916-0112

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Francisco Anselmo Mazzolles

CRM 15.122

CEM: 99916

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGUINCIADA

37 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CHAVE DA EMPRESA

41 - EBNH

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261800709772-7

47 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO P/ O REGISTRO DO CONSELHO

51 - N.º DO CONSELHO

52 - N.º DO REGISTRO

53 - N.º DO CONSELHO

54 - N.º DO REGISTRO

55 - N.º DO CONSELHO

56 - N.º DO REGISTRO

57 - N.º DO CONSELHO

58 - N.º DO REGISTRO

59 - N.º DO CONSELHO

60 - N.º DO REGISTRO

61 - N.º DO CONSELHO

62 - N.º DO REGISTRO

63 - N.º DO CONSELHO

64 - N.º DO REGISTRO

65 - N.º DO CONSELHO

66 - N.º DO REGISTRO

67 - N.º DO CONSELHO

68 - N.º DO REGISTRO

69 - N.º DO CONSELHO

70 - N.º DO REGISTRO

71 - N.º DO CONSELHO

72 - N.º DO REGISTRO

73 - N.º DO CONSELHO

74 - N.º DO REGISTRO

75 - N.º DO CONSELHO

76 - N.º DO REGISTRO

77 - N.º DO CONSELHO

78 - N.º DO REGISTRO

79 - N.º DO CONSELHO

80 - N.º DO REGISTRO

81 - N.º DO CONSELHO

82 - N.º DO REGISTRO

83 - N.º DO CONSELHO

84 - N.º DO REGISTRO

85 - N.º DO CONSELHO

86 - N.º DO REGISTRO

87 - N.º DO CONSELHO

88 - N.º DO REGISTRO

89 - N.º DO CONSELHO

90 - N.º DO REGISTRO

91 - N.º DO CONSELHO

92 - N.º DO REGISTRO

93 - N.º DO CONSELHO

94 - N.º DO REGISTRO

95 - N.º DO CONSELHO

96 - N.º DO REGISTRO

97 - N.º DO CONSELHO

98 - N.º DO REGISTRO

99 - N.º DO CONSELHO

100 - N.º DO REGISTRO

101 - N.º DO CONSELHO

102 - N.º DO REGISTRO

103 - N.º DO CONSELHO

104 - N.º DO REGISTRO

105 - N.º DO CONSELHO

106 - N.º DO REGISTRO

107 - N.º DO CONSELHO

108 - N.º DO REGISTRO

109 - N.º DO CONSELHO

110 - N.º DO REGISTRO

111 - N.º DO CONSELHO

112 - N.º DO REGISTRO

113 - N.º DO CONSELHO

114 - N.º DO REGISTRO

115 - N.º DO CONSELHO

116 - N.º DO REGISTRO

117 - N.º DO CONSELHO

118 - N.º DO REGISTRO

119 - N.º DO CONSELHO

120 - N.º DO REGISTRO

121 - N.º DO CONSELHO

122 - N.º DO REGISTRO

123 - N.º DO CONSELHO

124 - N.º DO REGISTRO

125 - N.º DO CONSELHO

126 - N.º DO REGISTRO

127 - N.º DO CONSELHO

128 - N.º DO REGISTRO

129 - N.º DO CONSELHO

130 - N.º DO REGISTRO

131 - N.º DO CONSELHO

132 - N.º DO REGISTRO

133 - N.º DO CONSELHO

134 - N.º DO REGISTRO

135 - N.º DO CONSELHO

136 - N.º DO REGISTRO

137 - N.º DO CONSELHO

138 - N.º DO REGISTRO

139 - N.º DO CONSELHO

140 - N.º DO REGISTRO

141 - N.º DO CONSELHO

142 - N.º DO REGISTRO

143 - N.º DO CONSELHO

144 - N.º DO REGISTRO

145 - N.º DO CONSELHO

146 - N.º DO REGISTRO

147 - N.º DO CONSELHO

148 - N.º DO REGISTRO

149 - N.º DO CONSELHO

150 - N.º DO REGISTRO

151 - N.º DO CONSELHO

152 - N.º DO REGISTRO

153 - N.º DO CONSELHO

154 - N.º DO REGISTRO

155 - N.º DO CONSELHO

156 - N.º DO REGISTRO

157 - N.º DO CONSELHO

158 - N.º DO REGISTRO

159 - N.º DO CONSELHO

160 - N.º DO REGISTRO

161 - N.º DO CONSELHO

162 - N.º DO REGISTRO

163 - N.º DO CONSELHO

164 - N.º DO REGISTRO

165 - N.º DO CONSELHO

166 - N.º DO REGISTRO

167 - N.º DO CONSELHO

168 - N.º DO REGISTRO

169 - N.º DO CONSELHO

170 - N.º DO REGISTRO

171 - N.º DO CONSELHO

172 - N.º DO REGISTRO

173 - N.º DO CONSELHO

174 - N.º DO REGISTRO

175 - N.º DO CONSELHO

176 - N.º DO REGISTRO

177 - N.º DO CONSELHO

178 - N.º DO REGISTRO

179 - N.º DO CONSELHO

180 - N.º DO REGISTRO

181 - N.º DO CONSELHO

182 - N.º DO REGISTRO

183 - N.º DO CONSELHO

184 - N.º DO REGISTRO

185 - N.º DO CONSELHO

186 - N.º DO REGISTRO

187 - N.º DO CONSELHO

188 - N.º DO REGISTRO

189 - N.º DO CONSELHO

190 - N.º DO REGISTRO

191 - N.º DO CONSELHO

192 - N.º DO REGISTRO

193 - N.º DO CONSELHO

194 - N.º DO REGISTRO

195 - N.º DO CONSELHO

196 - N.º DO REGISTRO

197 - N.º DO CONSELHO

198 - N.º DO REGISTRO

199 - N.º DO CONSELHO

200 - N.º DO REGISTRO

201 - N.º DO CONSELHO

202 - N.º DO REGISTRO

203 - N.º DO CONSELHO

204 - N.º DO REGISTRO

205 - N.º DO CONSELHO

206 - N.º DO REGISTRO

207 - N.º DO CONSELHO

208 - N.º DO REGISTRO

209 - N.º DO CONSELHO

210 - N.º DO REGISTRO

211 - N.º DO CONSELHO

212 - N.º DO REGISTRO

213 - N.º DO CONSELHO

214 - N.º DO REGISTRO

215 - N.º DO CONSELHO

216 - N.º DO REGISTRO

217 - N.º DO CONSELHO

218 - N.º DO REGISTRO

219 - N.º DO CONSELHO

220 - N.º DO REGISTRO

221 - N.º DO CONSELHO

222 - N.º DO REGISTRO

223 - N.º DO CONSELHO

224 - N.º DO REGISTRO

225 - N.º DO CONSELHO

226 - N.º DO REGISTRO

227 - N.º DO CONSELHO

228 - N.º DO REGISTRO

		Nº do Procedimento:	
	Ínicio:	Término:	
	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

OPERAÇÃO CIRÚRGICA

- ACESSO AURICULAR
- Acesso articular
- 01 fio metálico
- Sutura

Dr. Eberoni Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5.122  
CEM - Fone: 9.9916-0112

EXCELSIOR SEGUROS  
13 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

Assinatura do Cirurgião

**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Júlio Candeia, 324 - AABG - Serra Talhada - PE  
 Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.917-110  
 CNPJ: 41.095.563/0001-98 e-mail: cal184@hotmail.com

**CLÍNICA  
CIRURGICA**

Atendimento: 26/09/2018 | Prontuário: 00041890 | Registro: 00087491 | Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ANTONIO SIMAO NUNES

Data Nascimento: 25/02/1978	Idade: 40 Anos, 7 Meses	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
-----------------------------	-------------------------	-----------------	------------

Estado Civil: DIVORCIADO(A)	Profissão: SERRALHEIRO	Naturalidade:	Nacionalidade:
-----------------------------	------------------------	---------------	----------------

Filiação: Pai: PEDRO SIMAO NUNES	Mãe: SIVIRINA MARIA SIMAO NUNES
----------------------------------	---------------------------------

Endereço: RUA DAS FLORES	Nº 170
--------------------------	--------

Bairro: SAO CRISTOVÃO	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: 81997841932
-----------------------	-----------------------	------------	-----------------------

## ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito [ ]	Acidente de Trabalho [ ]	Outros Acidentes [ ]	Agressão [ ]
--------------------------	--------------------------	----------------------	--------------

Suicídio [ ]	Casual [ ]	Outros [ ]
--------------	------------	------------

Nome do Acompanhante:	Telefone para Contato:
-----------------------	------------------------

Endereço:

Local da Ocorrência:

## ANAMISENTE E EXAMES FÍSICOS

Tururu em charutos (6)  
 por sitema

EXCELSIOR SEGUROS  
 13 DEZ. 2018  
 SEGURO DPVAT

Diagnóstico Inicial:

fut- de charuto @

S.A.D.T.

Diagnóstico Final

O inicio

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorado [x]	Decisão Médica [x]
Inalterado [ ]	Alta a Pedido [ ]
Piorado [ ]	Transferência [ ]
Óbito+48h [ ]	Evasão [ ]
Óbito-48h [ ]	Indisciplina [ ]

Óbito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Data do Internamento: 26/09/2018

Data da Alta: 26/09/18

Dr. Ebenone Simeão  
 Ortopedia / Traumatologo  
 CRM: 15.222  
 CEM - Simeão 0012

Médico Responsável



**UNICLIN**

MÉDICOS ASSOCIADOS

Dr. George Alessandro  
Maranhão Conrado  
GINECOLOGIA - OBSTÉTRICA

Dr. Adauto José  
Mourato de Barros  
ANGIOLÓGICO - ORGANOINTESTINAL  
CHIRURGIA GERAL

Dr. Valda Lucia  
Moreira Lima  
GINECOLOGIA - OBSTÉTRICA

Dr. Josidete Loraria  
V. Dugue  
GINECOLOGIA - OBSTÉTRICA

Dr. Daniela Padilha  
Lapa  
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr. Joao J. Menezes  
CARDIOLOGISTA

Dr. Fernando Monteiro  
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes  
ULTRASONOGRAFIA

Dr. Johan Cristina  
Xavier  
OFTALMOLOGISTA

Labomed  
LABORATÓRIO

## Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990  
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO  
ENDOCRINOLOGIA  
Fone: (87) 3831-0018



## ANTONIO SIMÃO NUNES

Paciente vítima de colisão com moto no dia 22/09/2018, onde resultou em um forte trauma no tórax. Foi encaminhado ao hospam onde após exames de imagem foi constatado uma fratura fechada na clavícula esquerda.

De início foi realizado tratamento clínico conservador com volpou, posteriormente encaminhado ao hospital São Francisco onde foi submetido a colocação de fio de kirschener para estabilização e fixação da fratura.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobrar, tem o paciente apresentando como sequelas dor na articulação do ombro esquerdo, dificuldade para elevação e rotação do ombro esquerdo, apresenta déficit laboral em 60% para realizar os trabalhos como serralheiro.

**Serra Talhada, 19 de Dezembro 2018**

Dr. João César da Cunha  
Medicina do Trabalho  
CRM - 10990


**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

Data:	22-09-2018	Horas:	17:03:50	Nº:	039.
Nome:	Antônio Lima	Profissão:	agricultor		
Nome Socint:		Estado Civil:			
Nascimento:	25.02.78	Sexo:	mas.		
Escolaridade:	1º ano	Responsável:			
Mãe:	Pererina Maria				
Endereço:	Rua 04	Município:	Salvador	RG/CPF:	5.996.3.8121
Bairro:	Ita				
Cartão SUS:					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**
 VERMELHO

 AMARELO

 VERDE

 AZUL

Situação/Queixa:

SENHA: 5518823

Spaads

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

História e Exame Físico:

Exame queixo abd. cont. er. + 20min. Nef. 27 nov. 2018 17:03:50.  
 pulm. abd. conc. 27 nov. 2018 17:03:50.

EXCELSIOR SEGUROS	SEGURÓ DPVAT
27 NOV. 2018	ASL-0428175/18

Tratamento:

- 1 - Sólicito R. Azevedo
- 2 - Declaro T. 100% 1115.322
- 3 - Retorno T. 100% 1115.322

Luziane M. Azevedo  
 COREN-PE: 615.615-765  
 12.025.111-0  
 Lúcia Rayani da Silva Silvestre  
 Enfermagem  
 COREN-PE: 1115.322

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

raianne.barbosa  
 19/12/2018 17:03:50

ASL-0428175/18  
 19/12/2018 17:03:50

## CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Obito às:	hrs. do dia			
Carimbo e Assinatura				

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- Hemograma
- LCR
- Círcose
- HIV
- Urina
- VDRL
- Creatinina
- CXR
- Eletrocardiograma
- Troponina
- Leucograma
- Eletroograma
- ETC

## PREScrição MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
paciente e senha de prescrição 721 H K A 161 12100009 Senha: 55181873	19/12/2018 17:03:50	ASL-0428175/18 raianne.barbosa 19/12/2018 17:03:50
		DR. Francisco Coimbra Assinatura: 19/12/2018 17:03:50
		Assinatura: 19/12/2018 17:03:50
		Assinatura: 19/12/2018 17:03:50

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

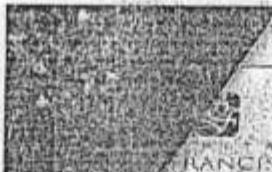
Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

ASL-0428175/18  
raianne.barbosa  
19/12/2018 17:03:50

ASL-0428175/18  
raianne.barbosa  
19/12/2018 17:03:50

Identificação do Estabelecimento de Saúde NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		CHES 2517124
Hospital Francisco Anselmo Ltda.		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		CHES 2517124
Hospital Francisco Anselmo Ltda.		
Identificação do Paciente		
1 - NOME DO DOCUMENTO	2 - NOME ATEND.	3 - CÓD. CHES
CPF 103023912454188	1912013120102010	2517124
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)	5 - SIS PRENATAL	6 - SENSA/REGULAÇÃO
4014056886627341		
7 - NOME DO PACIENTE	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - NOME DO MONTUÁRIO
Antônio Simões Nunes	25/10/1948	41890
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - GÉNERO	12 - TELEFONE DE CONTACTO
Severino Maria Simões Nunes	Masc. <input checked="" type="checkbox"/>	8291917843932
13 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO)	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - CEP
nº 1000, Bairro Santo Antônio	0261220	16 - 569109600
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - UF	18 - COD. IBGE MUNICÍPIO
		042817518
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO		
1. Laringite no ouvido direito acústico 2. Febre		
EXCELSIOR SEGURO 13 DEZ. 2018 SEGURO DPVAT		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
1. TAC no abdômen e bexiga		
22 - COD. 10 PRINCIPAL 542.0		
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		
24 - COD. 10 SECUNDÁRIO 25 - COD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TAC abdômen e bexiga		
27 - COD. DO PROCEDIMENTO 04.08.01.002-3		
28 - CLÍNICA		
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
30 - DOCUMENTO ( ) CNIS ( ) CPF		
31 - N.º DO DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
32 - ASS. E CADASTRO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE Ebenone A. Silva Ortopedia Traumatologia CEM 15122 CEM 99916-9112		
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/10/18		
34 - ASSINATURA E CARAMBÓ (DR. FOR MÉDICO) Dr. Francisco Anselmo Magalhães CPF 123.456.789-00 CRM 382		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
35 - 1 ACIDENTE DE TRÂNSITO		
36 - CHPF DA SEGUINADORA		
37 - 1 ACIDENTE DE TRABALHO/OTÍSTICO		
38 - N.º DO SÍNTHESI		
39 - SÉRIE		
40 - 1 ACIDENTE DE TRABALHO/OTÍSTICO		
41 - CHPF DA EMPRESA		
42 - SÉRIE		
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA TEMPREGADO ( ) TEMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		
45 - COD. CRÉDITO EMISSOR		
46 - N.º DO DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		
47 - DOCUMENTO ( ) CNIS ( ) CPF		
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
49 - ASSINATURA E CARAMBÓ DO REGISTRO DO CONSELHO		
50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 26181070987777		
51 - MOTIVO DA ALTA morte		
52 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO letal		
53 - DATA DA INTERNAÇÃO 26/10/18		
54 - DATA DA ALTA 28/10/18		

		Nº do Procedimento:	
	Ínicio:	Término:	
	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	ASL-0428175/18
			raiianne.barbosa
			19/12/2018 17:03:50
0428175/18 19/12/2018 17:03:50 - ACESSO MUSCULAR - ASCENSÃO 01 P/ O METACARPO - Sutura			
Dr. Eberton Silva Ortopedista / Reumatologista CRM: 5.122 CFP: 9.5916-0112 Fone: 99999-9999			
EXCELSIOR SEGUROS 13 DEZ. 2018 SEGURO DPVAT			
ASL-0428175/18 raiianne.barbosa 19/12/2018 17:03:50			
Assinatura do Cirurgião 19/12/2018 17:03:50			



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

8000 Vivaldi Drive, Concord, NC 28025 • 704.445.1000  
Fax: 704.445.1001 • 1-800-221-2147 • CEP: 56-217-110  
CR# 11-095-543/0001-900 [info@fahm.com](mailto:info@fahm.com)

## CLÍNICA

## CIRURGICA



**UNICLIN**

MÉDICOS ASSOCIADOS

Dr. George Alessandro  
Maranhão Conrado  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Dr. Adauto Jose  
Mourato de Barros  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA  
ORTOPEDICO

Dr. Valda Lucia  
Moreira Luna  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Dr. Josilete Lorena  
V. Duque  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Dr. Daniele Padilha  
Lapa  
PEDIATRIA / NEONATOLOGIA

Dr. Jhab J. Menezes  
CIRURGIA

Dr. Fernando Monteiro  
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes  
ULTRASOMOGRAFIA

Dr. Johan Cristina  
Xavier  
OPTOMOLÓGISTA

Labomed  
LABORATÓRIO

## Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990

CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO

ENDOCRINOLOGIA

Fone: (87) 3831-0018

## ANTONIO SIMÃO NUNES

Paciente vítima de colisão com moto no dia 22/09/2018, onde resultou em um forte trauma no tórax. Foi encaminhado ao hospam onde após exames de imagem foi constatado uma fratura fechada na clavícula esquerda.

De início foi realizado tratamento clínico conservador com volpou, posteriormente encaminhado ao hospital São Francisco onde foi submetido a colocação de fio de kirschener para estabilização e fixação da fratura.

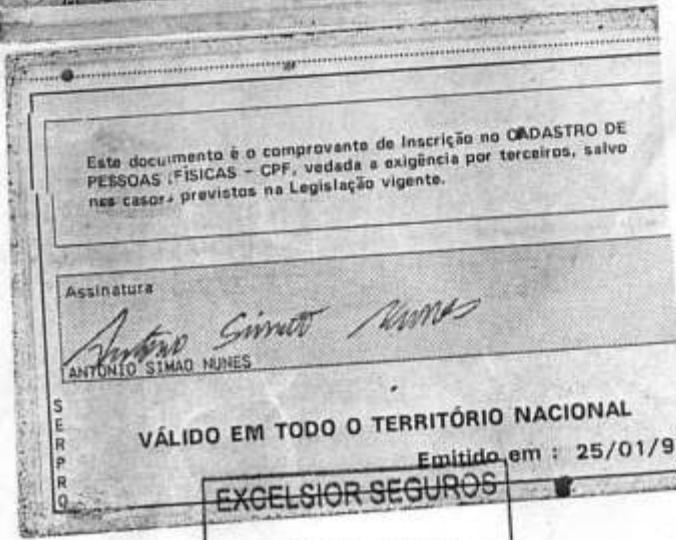
Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobrar, tem o paciente apresentando como sequelas dor na articulação do ombro esquerdo, dificuldade para elevação e rotação do ombro esquerdo, déficit de força no ombro esquerdo, apresenta déficit laboral em 60% para realizar os trabalhos como serralheiro.

Alta definitiva em 03 de janeiro de 2019.

Serra Talhada, 03 de Janeiro 2019

Dr. João César da Cunha  
Medicina do Trabalho  
CRM - 10990

EXCELSIOR SEGUROS  
04 JAN. 2019  
SEGURO DPVAT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME: GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 5840550 SSP PE

CPF: 008.475.324-29 DATA NASCIMENTO: 03/05/1978

FILIAÇÃO: GILBERTO CARLOS DE LIMA  
A  
MARIA DE LOURDES MELO  
DE LIMA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 02136855400 VALIDADE: 30/05/2022 1ª HABILITAÇÃO: 18/12/2001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1482661245

OBSERVAÇÕES: RAR CMTX

Assinatura: *george carlos melo lima*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO: 24/07/2017

Charles Andrade Souza Almeida  
Diretor Presidente

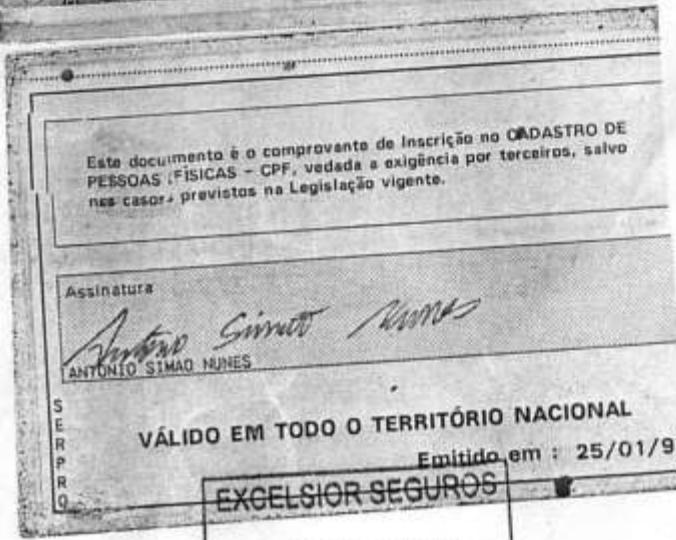
Assinatura do Emissor: *Charles Andrade Souza Almeida*

Assinatura do Emissor: 23610552568  
PE079966266

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

EXCELSIOR SEGUROS  
27 NOV. 2018  
SEGURÓ DPVAT





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458593/18

Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES

Data do acidente: 22/09/2018

CPF: 030.239.254-88

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO SIMAO NUNES

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

#### ANTONIO SIMAO NUNES : 030.239.254-88

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: 20/12/2018  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597730  
**Vítima:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Cidade:** Serra Talhada  
**Data do acidente:** 22/09/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA CONTUSO TORÁCICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (FIO DE KIRSCHNER).  
TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA TORÁCICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597730  
**Vítima:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Cidade:** Serra Talhada  
**Data do acidente:** 22/09/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MONGERAL AEGON  
SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA CONTUSO TORÁCICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (FIO DE KIRSCHNER).  
TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA TORÁCICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597730  
**Vítima:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Cidade:** Serra Talhada  
**Data do acidente:** 22/09/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MONGERAL AEGON  
SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio articular leve do ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula esquerda.  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 12/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve do ombro esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro esquerdo.

**Médico examinador:** EBENONE ANTONIO DA SILVA

**CRM do médico:** 15122

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## Procuração

### Outorgante(s):

Nome: ANTÔNIO SIMÃO NUNES  
R.G.: 5552349 C.P.F.: 030.239.254-89  
Endereço: AV. AFONSO MAGALHÃES 1148 S. CRISTÓVÃO  
CEP: 56903-040 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE.

### Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 009.475.324-29  
Endereço: ANTÔNIO TOME DE SOUZA - 523  
CEP: 56903-220 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, estabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

ANTÔNIO SIMÃO NUNES

ocorrido na data em 22/09/2018

Local: SERRA TALHADA - PE Data: 13/11/2018

Antônio Simão Nunes

Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA  
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de ANTONIO SIMAO NUNES . Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Testº ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anisio da Silva - Titular. ( ) Maria Lucia de Souza - Substituta. Escol. R\$ 3,30. TSNR - R\$ 0,80. FERB - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20

Selo: 0074672.GKQ10201801.00408 13/11/2018 12:15:07  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

EXCELSIOR SEGUROS  
27 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



## Procuração

### Outorgante(s):

Nome: ANTÔNIO SIMÃO NUNES  
R.G.: 5552349 C.P.F.: 030.239.254-89  
Endereço: AV. AFONSO MAGALHÃES 1148 S. CRISTÓVÃO  
CEP: 56903-040 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE.

### Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 009.475.324-29  
Endereço: ANTÔNIO TOME DE SOUZA - 523  
CEP: 56903-220 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, estabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

ANTÔNIO SIMÃO NUNES

ocorrido na data em 22/09/2018

Local: SERRA TALHADA - PE Data: 13/11/2018

Antônio Simão Nunes

Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA  
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de ANTONIO SIMAO NUNES . Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Testº ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ( ) Maria Lúcia de Souza - Substituta. Escol. R\$ 3,30. TSNR - R\$ 0,80. FERB - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20

Selo: 0074672.GKQ10201801.00408 13/11/2018 12:15:07  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

EXCELSIOR SEGUROS  
27 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458593/18

**Vítima:** ANTONIO SIMAO NUNES

**CPF:** 030.239.254-88

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

### ANTONIO SIMAO NUNES : 030.239.254-88

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: 20/12/2018  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428175/18

**Número do Sinistro:** 3180557290

**Vítima:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Data do acidente:** 22/09/2018

**CPF:** 030.239.254-88

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar

**ANTONIO SIMAO NUNES : 030.239.254-88**

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: 13/12/2018  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

---

GEORGE CARLOS MELO LIMA

---

RAIANNE SILVA BARBOSA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428175/18

**Vítima:** ANTONIO SIMAO NUNES

**CPF:** 030.239.254-88

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/09/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

### ANTONIO SIMAO NUNES : 030.239.254-88

Autorização de pagamento

## 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: 27/11/2018  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018  
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO  
CPF: 097.679.434-98

GEORGE CARLOS MELO LIMA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458593/18

**Número do Sinistro:** 3180597730

**Vítima:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Data do acidente:** 22/09/2018

**CPF:** 030.239.254-88

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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: 04/01/2019  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

---

GEORGE CARLOS MELO LIMA

---

RAIANNE SILVA BARBOSA

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, 27 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180597730**

**Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES**

**Data do Acidente: 22/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO SIMAO NUNES**

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

Documentação médica-hospitalar

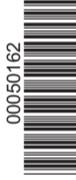
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, 08 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180597730**      **Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES**

**Data do Acidente: 22/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

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, 23 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180597730**      **Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES**

**Data do Acidente: 22/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO SIMAO NUNES**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =      R\$ 843,75

**Recebedor: ANTONIO SIMAO NUNES**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 033**

**Agência: 000004124**

**Conta: 000001089918-5**

**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 PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597730  
**Vítima:** ANTONIO SIMAO NUNES

**Cidade:** Serra Talhada  
**Data do acidente:** 22/09/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MONGERAL AEGON  
SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio articular leve do ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula esquerda.  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 12/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve do ombro esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro esquerdo.

**Médico examinador:** EBENONE ANTONIO DA SILVA

**CRM do médico:** 15122

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180597730

**Nome do(a) Examinado(a):** ANTONIO SIMAO NUNES

**Endereço do(a) Examinado(a):** Avenida Afonso Magalhães, 1146 - Serra  
Talhada/PE - CEP 56903-040

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 03023925488 - SSP-PE

**Data e Local do Acidente :** 22/09/2018

**Data e Local do Exame :** 11/01/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA  
TALHADA/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no  
acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

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

TRATAMENTO CIRURGICO

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DISCRETA DO OMBRO ESQUERDO  
ALTA EM DEZEMBRO 2018

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DISCRETA DO OMBRO ESQUERDO

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DISCRETA DO OMBRO ESQUERDO  
SEM OUTROS

**VII. Segundo 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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(  ) “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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

OMBRO ESQUERDO

% do Dano (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

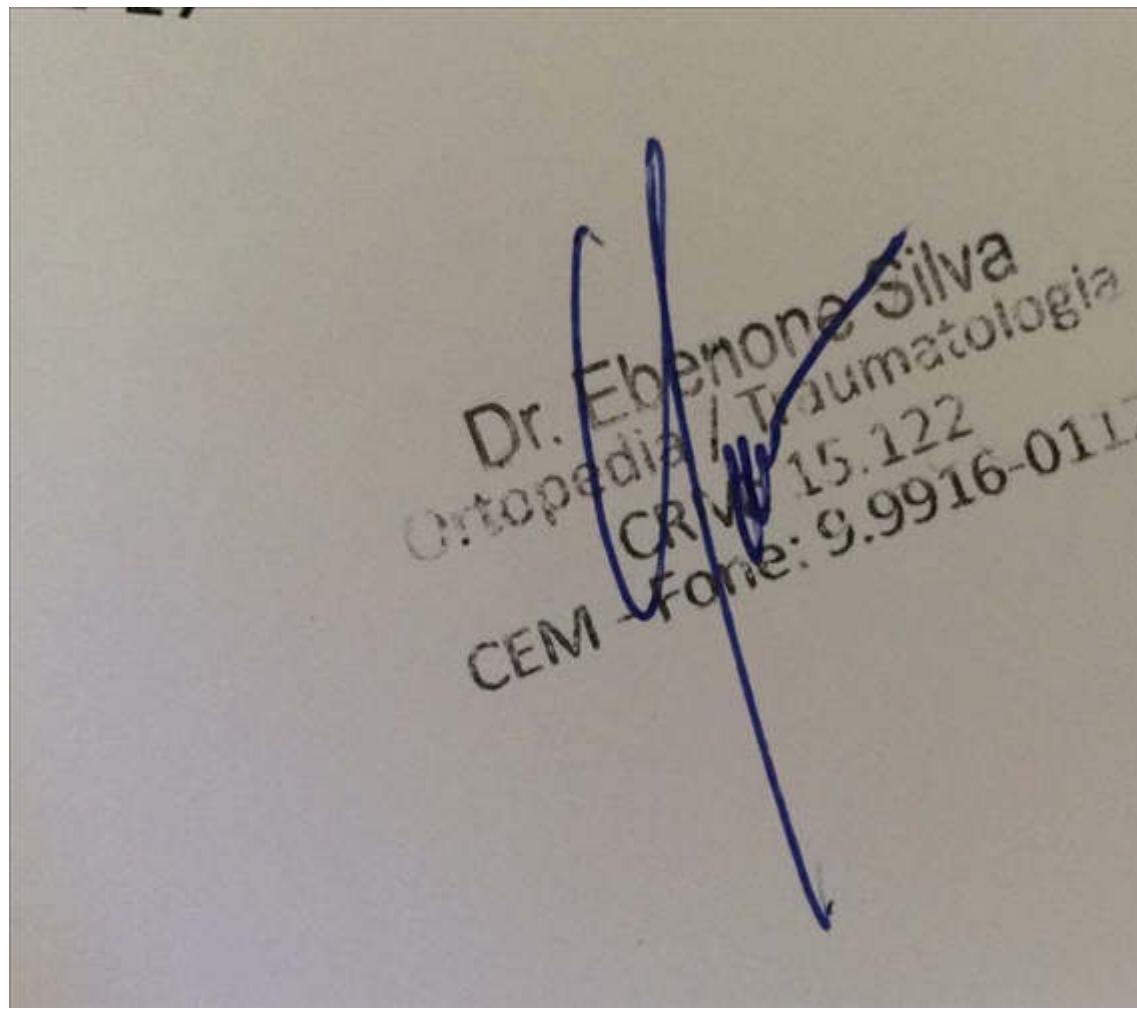
Região Corporal

% do Dano (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.**



---

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

# 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 ASL:

CPF da vítima:

030.239.054-88 **ANTÔNIO S. MÃO NUNES**

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

**ANTÔNIO S. MÃO NUNES**

Profissão:

**ALTONOMO**

Endereço:

**AV. AFONSO MAGALHÃES**

CPF:

**030.239.054-88**

Bairro:

**SÃO CRISTÓVÃO**

Cidade:

**SERRA TALHADA -**

Estado:

**PE**

CEP:

**56.903.040**

E-mail:

Tel. (DDD):

**87 9.9998-1477**

Número:

**3148**

Complemento:

**CASA**

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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 (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **SANTANDER**

AGÊNCIA:

**\_\_\_\_\_**

CONTA:

**\_\_\_\_\_**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **4124**

CONTA: **010899 18**

**5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na 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 nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**

Assinatura

**27 NOV. 2018**

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**SEGURO-DPVAT**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Antônio S. Mão Nunes**

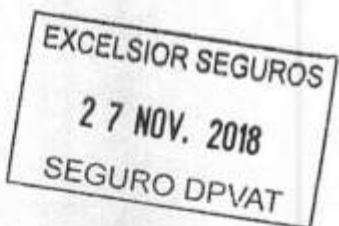
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

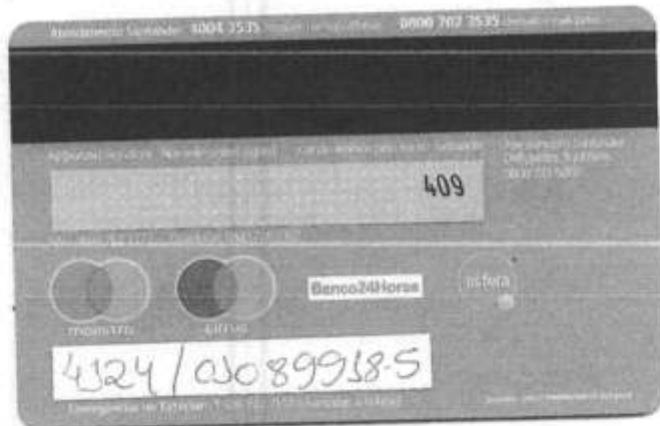
**George Carlos Melo Bimba**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**DADOS CADASTRAIS**

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASI:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
		030.039.054-88	ANTÔNIO S. MÃO NUNES	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Endereço:	CPF:	Complemento:
Profissão:	ANTÔNIO S. MÃO NUNES	CEP:	56.903.040	
Bairro:	AV. AFONSO MAGALHÃES	Número:	3148	CASA
São Cristovão	Cidade:	SERRA DA MATA -	Tel. (DDD):	89 9.9998-5477
E-mail:		Estado:	PE	

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

- CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4124

CONTA: 010899 18

5

(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.

Pela 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)  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 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 aqueles 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: Recife 13/12/2018

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Antônio Simões Nunes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**

**EXCELSIOR SEGUROS**

13 DEZ. 2018

**SEGURADO**

**SEGURO DPVAT**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

George Carlos Melo Bimbo

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes: comprovante de residência e documento de identidade.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DANOS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do beneficiário:

CEP da vítima:

030.939.254-88

Nome completo da vítima:

ANTÔNIO S. MÁO NUNES

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

030.939.254-88

Complemento:

CEP:

Estado:

030.939.254-88

Complemento:

CEP:

Estado:

030.939.254-88

Valor R\$000,00

879.9999-5427

## DADOS CADASTRAIS

Declare, para fins de seguro, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

RENDIMENTO:

NENHUM INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00

R\$2.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Q42815/18



Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

**PRF**



**Acidente nº 18054747B01**

### INFORMAÇÕES GERAIS

**BR:** 232

**KM:** 408,0 - Crescente

**Município:** SERRA TALHADA/PE

**Data:** 22/09/2018

**Hora:** 10:30

**Policial responsável pelo atendimento:** MAZZOLA, matrícula 1481002

### ASPECTOS DO LOCAL

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Simples

**Condição da pista:** Seca

**Estrutura viária:** Reta

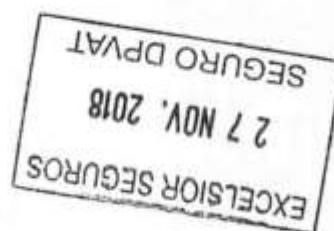
**Localidade urbanizada:**

**Acostamento:**

**Canteiro central:**

**Condição meteorológica:** Céu Claro

**Fase do dia:** Pleno dia



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.533, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DVA16800E1D0EE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



PRF

**NARRATIVA**

No dia 22/09/2018, a equipe PRF de serviço na Unidade Operacional de Serra Talhada-PE foi acionada através da Central de Operações no Recife para verificação e atendimento a um acidente ocorrido entre duas motocicletas com vítimas na BR 232, dentro do km 408. Ao chegar no local indicado no acionamento, não encontrou quaisquer sinais indicativos da ocorrência de acidente, nem vítimas ou mesmo veículos envolvidos. Ato contínuo, a equipe foi ao Hospital Regional Agamenon Magalhães, HOSPMAM, a fim de verificar se houve registro de entrada e atendimento de vítimas de acidente na rodovia. Foram então identificados JOELSON ALVES VASCONCELOS, CPF 000.268.064-52, vítima com lesões graves, que conduzia a motocicleta de placa KKD8782 (V1) e estava com a passageira MARIA REJANE ALVES DOS SANTOS, CPF 704.394.864-91, vítima com lesões leves, e ANTONIO SIMAO NUNES, CPF 030.239.254-88, vítima com lesões graves, que conduzia a motocicleta de placa PCW6950 (V2). Foram colhidos os depoimentos dos condutores, sendo que o condutor da motocicleta V2 não estava em condições físicas de escrever, por conta das lesões, e ditou seu depoimento para sua irmã que o acompanhava no atendimento hospitalar, ato este presenciado pelo PRF Mazzola. Os condutores indicaram os endereços para onde os seus respectivos veículos haviam sido removidos e a equipe PRF foi aos mesmos realizar o registro das fotos. Conforme constatações em levantamentos de local de acidente, condições do clima, condições do pavimento e do traçado da rodovia no local indicado, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção à condução. Conforme constatação dos danos nos veículos, concluiu-se que o tipo de colisão foi transversal. Observações: 1) Não havia marcas de frenagem; 2) Foi oferecido teste com o etilômetro 081563 a ambos os condutores, sendo realizado voluntariamente, acusando a não ingestão de álcool com índice 0,00 mg/L no teste 0496 do condutor da motocicleta V1 e a não ingestão de álcool com índice de 0,00 mg/L no teste 0497 do condutor da motocicleta V2; 3) Os danos nos veículos não impediam a condução dos mesmos; 4) O condutor e a passageira da motocicleta V1 foram removidos para o hospital HOSPMAM de Serra Talhada-PE pela viatura resgate do Corpo de Bombeiros, após o primeiro atendimento no sítio do acidente e antes da chegada da PRF; 5) O condutor da motocicleta V2 foi removido para o hospital HOSPMAM de Serra Talhada-PE por parentes e através de meios próprios.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	V2   V1



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81

191



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



PRF

V1



TRACIONADOR

KKD8782

Placa: KKD8782 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 150 TITAN ES/2007

Renavam: 00916158365

Chassi: 9C2KC08507R054449

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Outras

Informações complementares: Não foi possível identificar, sítio do acidente totalmente desfeito.

**PROPRIETÁRIO**

Nome: JOELSON ALVES VASCONCELOS

CPF/CNPJ: 000.268.064-52

Endereço: R TAB ANTONIO A DE SOUZA, 1162 - CASA, BOM JESUS, SERRA TALHADA/PE

Telefone/email: 87-999228005/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Assinatura eletrônica por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



PRF

V2



TRACIONADOR

PCW6950

Placa: PCW6950 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/NXR 160 BROS/2017

Renavam: 01132605463

Chassi: 9C2KD1000HR035479

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Outras

Informações complementares: Não foi possível identificar, sítio do acidente totalmente desfeito.

**PROPRIETÁRIO**

Nome: JOSELIA LOPES DA SILVA CAMPOS

CPF/CNPJ: 064.007.214-36

Endereço: RUA VINTE E UM DE ABRIL, 464 - CASA, UNIVERSITARIO, SERRA TALHADA/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



PRF

V1



JOELSON ALVES VASCONCELOS

CONDUTOR

Placa do veículo: KKD8782

Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: JOELSON ALVES VASCONCELOS

CPF: 000.268.064-52

Data de nascimento: 15/01/1977

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

Tipo: Habilitação Nacional Categoria: AD Data primeira habilitação: 10/04/1997

Nº Registro: 02165473178 UF: PE Data de vencimento da habilitação: 15/04/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não Resultado: 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**DADOS DE CONTATO**

Endereço: RUA TABELIAO ANTONIO ALVES DE SOUZA, 1162 - CASA, BOM JESUS, SERRA

Telefone/email: 87-999228005/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: Removido para o HOSPAM, município de Serra Talhada-PE.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



PRF

V1



JOELSON ALVES VASCONCELOS

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

SAINDO DA METALUMINÍUM, ACESSEI A BR 232 SENTIDO SUL  
LUCIÃO, APÓS ANDAR CERCA DE 100 METROS PERCEBI QUE OUTRO ME  
TO SE APROXIMOU RAPIDAMENTE POR TRÁS E NÃO CONSEGUI DESVIAR.  
APÓS A COLISÃO OBSERVEI COMO ESTAVA MINHA ESTOJA QUE VINHA NA  
MINHA GARUPA. AS PESSOAS QUE VIERAM OBSERVAR, AJUDARAM O OUTRO  
CONDUTOR.

UM IRMÃO ZÉLIO, QUE SE IDENTIFICOU COMO CICERO, AVISOU QUE IRIA  
SOCORRE-LO AO HOSPITAL, ME DEU A INFORMAÇÃO DE ONDE O OUTRO CON-  
DUTOR TRABALHAVA E FOI EMBOAR.

Joelson Alves Vasconcelos



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018,  
às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de  
24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da  
Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o  
protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18054747B01**



**PRF**

**V1**



**MARIA REJANE ALVES DOS SANTOS**

**Placa do veículo:** KKD8782

**Marca/modelo:** HONDA/CG 150 TITAN ES

**Envolvimento:** Passageiro

**Nome:** MARIA REJANE ALVES DOS SANTOS

**CPF:** 704.394.864-91

**Data de nascimento:** 18/09/1970

**Estado civil:**

**Sexo:** Feminino

**Estado físico:** Lesões Leves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Sim

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA TABELIAO ANTONIO ALVES DE SOUZA, 1162 - CASA, BOM JESUS, SERRA

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** Corpo de bombeiros

**Informações complementares:** Removida para o HOSPAM, município de Serra Talhada-PE.



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18054747B01**



**PRF**

**V2**



**ANTONIO SIMAO NUNES**

**Placa do veículo:** PCW6950

**Marca/modelo:** HONDA/NXR 160 BROS

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** ANTONIO SIMAO NUNES

**CPF:** 030.239.254-88

**Data de nascimento:** 25/02/1978

**Estado civil:** Casado(a)

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional      **Categoria:** AD      **Data primeira habilitação:** 13/05/2002

**Nº Registro:** 02341599650      **UF:** PE      **Data de vencimento da habilitação:** 07/07/2022

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** A

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não      **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não      **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA DAS FLORES, 170, SAO CRISTOVAO, SERRA TALHADA/PE

**Telefone/email:** 87-996323880/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** Outro

**Informações complementares:** Removido para o HOSPAM, município de Serra Talhada-PE.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



PRF

V2



ANTONIO SIMAO NUNES

CONDUTOR

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

Eu vim de Custódia de Serrigo para Serra Talhada, quando eu avistei uma moto que eu já estava muito próximo e ele ia atravessando foi ai que eu bati no meio dele.

Inclusive eu caie do outro lado da BR no acostamento.

Eu falei com Simão Nunes sobre o texto acima que foi ditado por meu irmão Antônio Simão Nunes porque ele está impossibilitado de escrever.

Fazendo por mim, profissional, matrícula 1481002

Assinatura de MAZZOLA



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18054747B01**



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / HONDA/CG 150 TITAN ES

**Placa:** KKD8782

**Nome do agente:** MAZZOLA

**Nº BOAT:** 18054747B01

**Matrícula do agente:** 1481002

**Data:** 22/09/2018

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

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V2 / HONDA/NXR 160 BROS

**Placa:** PCW6950

**Nome do agente:** MAZZOLA

**Nº BOAT:** 18054747B01

**Matrícula do agente:** 1481002

**Data:** 22/09/2018

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

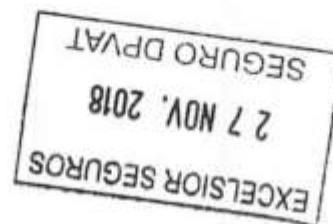
**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da manta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal



## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

**PRF**



Acidente nº 18054747B01

### INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 232

KM: 408,0 - Crescente

Município: SERRA TALHADA/PE

Data: 22/09/2018

Hora: 10:30

Policial responsável pelo atendimento: MAZZOLA, matrícula 1481002

### ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada:

Acostamento:

Canteiro central:

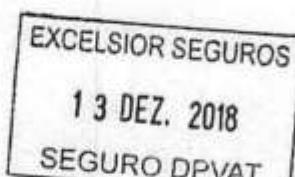
Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F49DF0BE34120881.



191



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

**NARRATIVA**

No dia 22/09/2018, a equipe PRF de serviço na Unidade Operacional de Serra Talhada-PE foi acionada através da Central de Operações no Recife para verificação e atendimento a um acidente ocorrido entre duas motocicletas com vítimas na BR-232, dentro do km 408. Ao chegar no local indicado, no acionamento, não encontrou quaisquer sinais indicativos da ocorrência de acidente, nem vítimas ou mesmo veículos envolvidos. Ato contínuo, a equipe foi ao Hospital Regional Agamenon Magalhães, HOSPM, a fim de verificar se houve registro de entrada e atendimento de vítimas de acidente na rodovia. Foram então identificados JOELSON ALVES VASCONCELOS, CPF 000.268.064-52, vítima com lesões graves, que conduzia a motocicleta de placa KKD8782 (V1) e estava com a passageira MARIA REJANE ALVES DOS SANTOS, CPF 704.394.864-91, vítima com lesões leves, e ANTONIO SIMAO NUNES, CPF 030.239.254-88, vítima com lesões graves, que conduzia a motocicleta de placa PCW6950 (V2). Foram colhidos os depoimentos dos condutores, sendo que o condutor da motocicleta V2 não estava em condições físicas de escrever, por conta das lesões, e ditou seu depoimento para sua irmã que o acompanhava no atendimento hospitalar, ato este presenciado pelo PRF Mazzola. Os condutores indicaram os endereços para onde os seus respectivos veículos haviam sido removidos e a equipe PRF foi aos mesmos realizar o registro das fotos. Conforme constatações em levantamentos de local de acidente, condições do clima, condições do pavimento e do traçado da rodovia no local indicado, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção à condução. Conforme constatação dos danos nos veículos, concluiu-se que o tipo de colisão foi transversal. Observações: 1) Não havia marcas de frenagem; 2) Foi oferecido teste com o etilômetro 081563 a ambos os condutores, sendo realizado voluntariamente, acusando a não ingestão de álcool com índice 0,00 mg/L no teste 0496 do condutor da motocicleta V1 e a não ingestão de álcool com índice de 0,00 mg/L no teste 0497 do condutor da motocicleta V2; 3) Os danos nos veículos não impediam a condução dos mesmos; 4) O condutor e a passageira da motocicleta V1 foram removidos para o hospital HOSPM de Serra Talhada- PE pela viatura resgate do Corpo de Bombeiros, após o primeiro atendimento no sítio do acidente e antes da chegada da PRF; 5) O condutor da motocicleta V2 foi removido para o hospital HOSPM de Serra Talhada-PE por parentes e através de meios próprios.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão Transversal	V2   V1



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA16800E1DEEE3F490FD8F34120681



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

**IMAGENS PANORÂMICAS**



SENTIDO CRESCENTE

**AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA**



SENTIDO DECRESCENTE

**CROQUI DA CENA DO ACIDENTE**



Local destino

ASL-0428175/18  
raianne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45

◀ CUSTÓDIA

▶ SALGUEIRO

ASL-0428175/18  
raianne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabu/autenticar>, informando o protocolo 18054747801 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



**PRF**

**V1**



Placa: KKD8782 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 150 TITAN ES/2007

Renavam: 00916158365

Chassi: 9C2KC08507R054449

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Outras

Informações complementares: Não foi possível identificar, sítio do acidente totalmente desfeito.

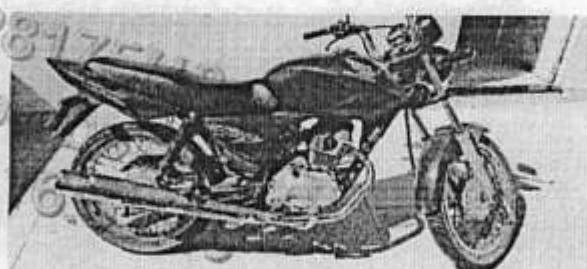
**PROPRIETÁRIO**

Nome: JOELSON ALVES VASCONCELOS

CPF/CNPJ: 000.268.064-52

Endereço: R TAB ANTONIO A DE SOUZA, 1162 - CASA, BOM JESUS, SERRA TALHADA/PE

Telefone/email: 87-999228005/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 148102, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea-b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD0F34120881.

19/12/2018 16:55:45  
Página 04 de 12

**191**



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



**PRF**

19/12/2018 16:55:45  
V2 

**PCW6950**

Placa: PCW6950 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/NXR 160 BROS/2017

Renavam: 01132605463

Chassi: 9C2KD1000HR035479

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Outras

Informações complementares: Não foi possível identificar, sítio do acidente totalmente desfeito.

**PROPRIETÁRIO**

Nome: JOSELIA LOPES DA SILVA CAMPOS

CPF/CNPJ: 064.007.214-36

Endereço: RUA VINTE E UM DE ABRIL, 464 - CASA, UNIVERSITARIO, SERRA TALHADA/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD0E34120881



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



**PRF**

19/12/2018 16:55:45  
raianne.barbosa

**V1**



**JOELSOM ALVES VASCONCELOS**

Placa do veículo: KKD8782

Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: JOELSOM ALVES VASCONCELOS

CPF: 000.268.064-52

Data de nascimento: 15/01/1977

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

Tipo: Habilitação Nacional Categoria: AD Data primeira habilitação: 10/04/1997

Nº Registro: 02165473178 UF: PE

Data de vencimento da habilitação: 15/04/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não Resultado: 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**DADOS DE CONTATO**

Endereço: RUA TABELIAO ANTONIO ALVES DE SOUZA, 1162 - CASA, BOM JESUS, SERRA

Telefone/email: 87-999228005/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: Removido para o HOSPMAM, município de Serra Talhada-PE.



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2016 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobau/authenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA166D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18054747B01**



PRF

**19/12/2012** **V1**  **JOELSON**  
**CONDUTOR**  
**TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO**

## TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

**V1**  **JOELS**  
CONDUTOR  
**TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIMENTO**

ASL-0428175/18  
raianne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45

SAINDO DA METALURGICA PAGSEMA BA 232 SERTÃOZINHO  
LUCIAO, AOS 3 ANOS ANTES, POR volta das 16:55:45, PERCEBI QUE OUTRA VEZ  
TOU SE APROXIMOU RAPIDAMENTE PELA TRAS E NÃO CONSEGUI DESVIAR.  
NA VEZ, COLISÃO OBSERVEI COMO ESTAVA ALTA ESTADO QUE VIMMA NA  
MUNHA, MAS NUNCA SESSOAS QUE VIMMA OBSERVAR, O OUTRO  
ASL-0428175/18  
raianne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45  
CONTROLE  
19/12/2018 16:55:45  
raianne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45  
QUE VIMMA, SEU SE IDENTIFICOU, MAS NUNCA SESSOAS  
OCORREU NO NOVOESTADO ME DEU A INFORMAÇÃO DE ONDE O OUTRO  
TVE TOU TRABALHAVA E FOIembora.

Jackson Non Souza

ASL-0428175/18  
raianne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DFFF0490FD8E34120RR1



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



**PRF**

**V1**



**MARIA REJANE ALVES DOS SANTOS**

Placa do veículo: KKD8782

Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES

Envolvimento: Passageiro

Nome: MARIA REJANE ALVES DOS SANTOS

CPF: 704.394.864-91

Data de nascimento: 18/09/1970

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

**DADOS DE CONTATO**

Endereço: RUA TABELIAO ANTONIO ALVES DE SOUZA, 1162 - CASA, BOM JESUS, SERRA

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: Removida para o HOSPM, município de Serra Talhada-PE.



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120881.



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



PRF

V2 CONDUTOR

Placa do veículo: PCW6950

Marca/modelo: HONDA/NXR 160 BROS

Envolvimento: Condutor

Nome: ANTONIO SIMAO NUNES

CPF: 030.239.254-88

Data de nascimento: 25/02/1978

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

Tipo: Habilitação Nacional Categoria: AD Data primeira habilitação: 13/05/2002

Nº Registro: 02341599650 UF: PE Data de vencimento da habilitação: 07/07/2022

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: A

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não Resultado: 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**DADOS DE CONTATO**

Endereço: RUA DAS FLORES, 170, SAO CRISTOVAO, SERRA TALHADA/PE

Telefone/email: 87-996323880/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Outro

Informações complementares: Removido para o HOSPM, município de Serra Talhada-PE.



Página 09 de 12

Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial do Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015, e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490CFDB8F34120681.

191



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

19/12/2018 16:55:45  
ASL-0428175/18  
raiannne.barbosa

V2



ANTONIO SIMAO NUNES

CONDUTOR  
TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

PRF

ASL-0428175/18  
raiannne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45  
Eu vim de Custódia de Serrigo para  
Serra Talhada, quando eu avistei uma  
moto que eu já estava muito próximo  
e ele ia atravessando foi que eu  
bati no meio dele.

ASL-0428175/18  
raiannne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45  
inclusive eu caie do outro lado da BR

ASL-0428175/18  
raiannne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45  
Eu José Luiz Simão Nunes 19800902-0-00000000  
que foi idêntico por meu irmão Antônio  
Nunes porque ele está impossibilitado de escrever.

ASL-0428175/18  
raiannne.barbosa  
19/12/2018 16:55:45  
Preservado 19/12/2018, protocolo 1481002.

19/12/2018 16:55:45  
Mazzola 1481002



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018,  
às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de  
24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e, na alínea "b" do inciso IV do art. 2º da  
Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <https://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o  
protocolo 18054747B01 e o número de controle DA1680061DEEE3F490FDBF34120881.



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / HONDA/CG 150 TITAN ES

**Placa:** KKD8782

**Nome do agente:** MAZZOLA

**Nº BOAT:** 18054747B01

**Matrícula do agente:** 1481002

**Data:** 22/09/2018

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

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente.



Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8E34120884.



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18054747B01



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V2 / HONDA/NXR 160 BROS

**Placa:** PCW6950

**Nome do agente:** MAZZOLA

**Nº BOAT:** 18054747B01

**Matrícula do agente:** 1481002

**Data:** 22/09/2018

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

**Total geral (SIM + NA):** 0

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

EXCELSIOR SEGUROS  
13 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT



Autenticação  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Policial Rodoviário Federal, em 24/09/2018, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F400FDBF341208B1

# 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 Ato:

CPF da vítima:

030.039.054-88 ANTÔNIO S. MÃO NUNES

Nome completo da vítima

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

Nome completo:

ANTÔNIO S. MÃO NUNES

Profissão:

ALTO NOME

Endereço:

AV. AFONSO MAGALHÃES

Estado:

SÃO CRISTÓVÃO

Cidade:

SERRA FRANCA

Estado:

PE

Email:

CEP:

CEP:

56.903.040

CPF:

Nome:

3148

Completo:

ENSAI

CPF:

87.9.9999-5422

Nome:

87.9.9999-5422

CPF:

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**DADOS CADASTRAIS**

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASI:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
		030.039.054-88	ANTÔNIO S. MÃO NUNES	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Endereço:	CPF:	Complemento:
Profissão:	ANTÔNIO S. MÃO NUNES	CEP:	56.903.040	
Bairro:	AV. AFONSO MAGALHÃES	Número:	3148	CASA
São Cristovão	Cidade:	SERRA DA MATA -	Tel. (DDD):	89 9.9998-5477
E-mail:		Estado:	PE	

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

- CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4124

CONTA: 010899 18

5

(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.

Pela 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)  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 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 aqueles 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: Recife 13/12/2018

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Antônio Simões Nunes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**EXCELSIOR SEGUROS**

**EXCELSIOR SEGUROS**

13 DEZ. 2018

**SEGURADO**

**SEGURO DPVAT**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

George Carlos Melo Bimbo

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes: *comprovante de residência e documento de identidade*.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DANOS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do beneficiário:

CEP da vítima:

030.939.254-88

Nome completo da vítima:

ANTÔNIO S. MÁO NUNES

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

CEP da vítima:

030.939.254-88

Complemento:

3143-7933

Estado:

PE

CEP:

56.403.040

Telefone:

8799-9998-5477

Declare, para fins de seguro, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

RENDIMENTO:

NENHUM INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Sómente para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Banco de Brasília)

Nome do BANCO: SANTANDER

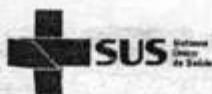
AGÊNCIA:  4124

CONTA:  010899 18

5

(Informar o dígito de conta)

(Inform



## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

Data:	22.09.2018	Horas:	11:10	54.	
Nome:	Antônio Díma Nunes				
Nome Social:				Profissão: Serralheiro	
Nascimento:	25.02.78	Sexo:	mas.	Estado Civil: solteiro	
Escolaridade:	4º ano	Responsável:			
Mãe:	Derecina Maria Díma Nunes				
Endereço:	R. A. Tavares, 513				
Bairro:	Centro	Município:	Recife	Fone: 9.9963.8121	
Cartão SUS:				RG/CPF: 5.552.349	
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Situação/Queixa:

SENHA: 5518823

Apagado

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

## ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Reforça quadro de confusão + agressividade. Sopro venoso e perda da consciência.

SEGURADO DPVAT  
27 NOV. 2018  
EXCELSIOR SEGUROS

Tratamento:

1. Solutio de sombra E
2. Dexametasona 2mg - Olamp, 1M
3. Voltaren 75mg - Olamp, 1M

Luziane J. M. Azevedo  
COREN-PE 615.005-TE  
Laura Rayani da Silva Silvestre  
Enfermagem  
COREN-PE: 1115.322

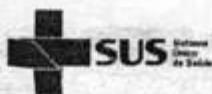
Hipótese Diagnóstica:

Fratura clavicular  
Trauma crânio-encefálico  
Perda de consciência

Carimbo e Assinatura:

Ismael Paula  
ME  
OMC

20



## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

Data:	22.09.2018	Horas:	11:10	54.	
Nome:	Antônio Díma Nunes				
Nome Social:				Profissão: Serralheiro	
Nascimento:	25.02.78	Sexo:	mas.	Estado Civil: solteiro	
Escolaridade:	4º ano	Responsável:			
Mãe:	Derecina Maria Díma Nunes				
Endereço:	R. A. Tavares, 513				
Bairro:	Centro	Município:	Recife	Fone: 9.9963.8121	
Cartão SUS:				RG/CPF: 5.552.349	
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Situação/Queixa:

SENHA: 5518823

Apagado

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

## ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Reforça quadro de confusão + agressividade. Sopro venoso e perda da consciência.

SEGURADO DPVAT  
27 NOV. 2018  
EXCELSIOR SEGUROS

Tratamento:

1. Solutio de sombra E
2. Dexametasona 2mg - Olamp, 1M
3. Voltaren 75mg - Olamp, 1M

Luziane J. M. Azevedo  
COREN-PE 615.005-TE  
Laura Rayani da Silva Silvestre  
Enfermagem  
COREN-PE: 1115.322

Hipótese Diagnóstica:

Fratura clavicular  
Trauma crânio-encefálico  
Perda de consciência

Carimbo e Assinatura:

Ismael Paula  
ME  
OMC

20

# 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: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ANTONIO SIMAO NUNES

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04124

CONTA: 00001089918-5

---

Nr. da Autenticação C847F76F9AE56B14



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.418, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL** • **FATURA** • **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Baa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.832/0001-06 | Iraiç. Est. 0005943-93 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

#### DADOS DO CLIENTE

MARIA C. LINDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF 296 442 044-91

ESTADO DA PARANÁ/CET/CA/VS/ERRA/TALH/

#### SERRA TALHADA PE

## CLASSIFICAÇÃO

61 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Munizinho 10

END. DA INSTALAÇÃO	DATA	EMISSÃO
031375669	LEIA	12/08/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12082018	2000530115	3680341

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO/QUITACAO
01/10/2018	15/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	176,07

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (UVN)	182	0,76292909	137,01
Acréscimo Bandeira VERMELHA			13,13
Contribuição Iluminaria Pública			8,88
ICMS Subvenção-CEDE- NF 020107727-13/08/18			1,13
ICMS Subvenção-CEDE- NF 020107589-12/07/18			1,14
Doação APAE - 0900 722 7723			15,00

178.07

**TOTAL DA FATURA**

ESTADÍSTICO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTE

...o que é normal que você possa contar em aberto.

www.ijerph.com

Venda: 2012-08-28 10:45:00  
Streaming: 2012-08-28 10:45:00  
Valor: 181,22  
Venda  
Streaming  
Valor

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento da energia poderá ser suspenso, bem como os serviços de sua fatura nos registros de reabastecimento de crédito do SPC e SPC-ASA, com efeitos legais nacionais. Não consumindo não substituirá arrendar de débitos anteriores e não cobra débitos anteriores.

ANALISE DE FREQUENCIA DAS INTERFERENCIAS				
ESCALA/UN	VALOR MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DEC	0,00	0,67	10,89	21,73
FIC	0,00	2,36	8,72	13,85
DESG	0,00	3,11	0,00	0,00

VALORES DE REFERÊNCIA		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
220	MINIMO 203 MAXIMO 239	

EXCELSIOR SEGUROS  
27 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20181123523604

Escritório: SERRA TALHADA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DETALHES DO CONSUMIDOR  
ANTONIO SIMAO NUNES  
AV AFONSO MAGALHAES, N. 01146 - SAO CRISTOVAO SERRA TALHADA PE 56903-040  
INSCRIÇÃO: 139.816.053.0029.700

GRUPO: 3

02352360.4

11/2018-7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02352360.4

DETALHES DA CONTA		DETALHES DA FATURA		DETALHES DA CONTA	
DETALHES DA CONTA	DETALHES DA FATURA	DETALHES DA CONTA	DETALHES DA FATURA	DETALHES DA CONTA	DETALHES DA FATURA
LIGADO	ESTRUTURA DA CONTA	POTENCIAL	PERÍODO DE REFERÊNCIA	DETALHES DA CONTA	DETALHES DA FATURA
ALIQUOTA	DATA DA 1ª LEITURA		DATA DA 2ª LEITURA	DATA DA 1ª LEITURA	DATA DA 2ª LEITURA
ALI0225336	25/10/2018		24/11/2018		
ÁGUA				ESGOTO	
LEIT. ANT.: 793	CONSUMO: 5			LEIT. ANT.:	
LEIT. ATUAL: 803	RECORRENÇIA TAXA MÍNIMA			LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 803	ANORMALIDADE DE LEITURA			LEIT. FAT.:	
HISTÓRICO DE CONSUMO				NÚMEROS DE AMOSTRAS	
REFERÊNCIA/CONSUMO				PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11
10/2018 6/	A			TURBIDEZ	70
09/2018 5/	A			COR APARENTE	70
08/2018 6/	A			CLORO RESIDUAL	70
07/2018 3/	A			COLIFORMES TOTAIS	70
06/2018 6/	A			E.Coli	70
05/2018 6/	A			OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS: AUSÊNCIA EM 95% 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 TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.	
MÉDIA 5/ 0	A			ANÁLISES REALIZADAS	70
				ATENDEM A LEGISLAÇÃO	70

DETALHES DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE  
CONSUMO DE ÁGUA  
MULTA P/ IMPONTUALIDADE 10/2018  
JUROS DE MORA 09/2018

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

5 M3

41,30

0,82

0,19

EXCELSIOR SEGUROS  
13 DEZ. 2018  
SEGURO DPVAT

FIS	41,30	1,65	0,66
COFINS	41,30	1,60	0,14

VENCIMENTO 05/12/2018

TOTAL A PAGAR:

42,31

5 IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 42,32. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 13/12/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 02352360.4

02352360.4

11/2018-7

VENCIMENTO 05/12/2018

TOTAL A PAGAR:

42,31

CÓDIGO DE BARRAS

82880000000-6 42310018139-7 02352360401-6 11201870003-9



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA COMPESA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.418, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL** • **FATURA** • **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Baa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.832/0001-06 | Iraiç. Est. 0005943-93 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

#### DADOS DO CLIENTE

MARIA C. LINDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF 296 442 044-91

ESTO DA CIMA E ICAV SERRA TALHA

#### SERRA TALHADA PE

## CLASSIFICAÇÃO

61 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Munizinho 10

031375669 | 01/04/2018 | 1200W/2018  
APRESENTAÇÃO | N° DO CLIENTE | N° DA INSTALAÇÃO  
1200W/2018 | 20000530115 | 3680341

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO/QUITACAO
01/10/2018	15/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	176,07

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (LVA)	182	0,79329200	137,01
Acréscimo Bandeira VERMELHA			13,13
Contribuição Iluminaria Pública			8,86
ICMS Subvenção-CEDE- NF 020107727-13/08/18			1,13
ICMS Subvenção-CEDE- NF 020107728-12/07/18			1,14
Doação APAE - 0900 722 7723			15,00

178.07

**TOTAL DA FATURA**

ADMINISTRATIVO DE CONSUMO DEBTÁ NOTA FISCAL

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DEMONSTRAÇÃO DE LEITURA				MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MW)
		DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL				
150714	Lx1	19/04/2014	5.812,00	21/04/2014	6.117,00	30	1.000,00		10250

**INFORMAÇÕES IMPORTANTE**

...o que é normal que você possa contar em aberto.

www.ijerph.net

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento da energia poderá ser suspenso, bem como os serviços de sua fatura nos registros de reabastecimento de crédito do SPC e SPC-ASA, com efeitos legais nacionais. Não consumindo não substituirá arrendar de débitos anteriores e não cobra débitos anteriores.

ANALISE DE FREQUENCIA DAS INTERRUPCOES				
	VALOR MEDIANO	LIMITE MENOR	LIMITE MESTRAL	LIMITE MAIOR
DIC	0,00	0,17	10,89	21,73
FIC	0,00	2,36	8,72	13,85
DESG	0,00	3,11	0,00	0,00

LIMITE DE VARIAÇÃO (%)		
TENSÃO NOMINAL (V)	MINIMO	MÁXIMO
220	-20%	+20%

EXCELSIOR SEGUROS  
27 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT