

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Peço exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o nº 008.4753241 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTÔNIO S. MÃO NUNES inscrito (a) no CPF sob o nº 030.239254 PP do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima ANTÔNIO S. MÃO NUNES, inscrito (a) no CPF sob o nº 030.239254 PP, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>		Número	<u>573</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
				<u>56.903.220</u>		
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>87.48878-5033</u>	Telefone celular (DDD)	<u>87.4.9998-5477</u>

SERRA TALHADA 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: Antonio Lima Nunes	Profissão: marceneiro
Nome Social:	Estado Civil: casado
Nascimento: 25.02.78	Sexo: m.
Escolaridade: 4ª série	Responsável: Maria Lima Nunes
Mãe: Denerina Maria Lima Nunes	Endereço: Rua Antonio Carlos da Silva 513
Bairro: Centro	Município: São Paulo
Cartão SUS:	Fone: 91.9963.8121
Raça/Cor:	RG/CPF: 5.552.349
Branca	Preta
Parda	Amarela
Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

SENHA: 5518823

Após parto

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

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Refere queda de um toco br ± dor. Sep. vômitos e perda de consciência.

EXCELSIOR SEGUROS
27 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

- 1- Solução de Ringer E
- 2- Dexametasona 4mg - clamp, 1M
- 3- Voltaren 75mg - clamp, 1M

Luziane J.M. Azevedo
COREN-PE 615.605-7E

12.25 h
Laura Rayani da Silva Silvestre
Enfermagem
COREN-PE: 1115.322

Hipótese Diagnóstica:

Fratura Costal
Traum. Crânio e coluna
Fratura Lombar - L4-L5 de grau 2

Carimbo e Assinatura:

Dr. Paulo Roberto
ME

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

1) FAZER IMOBILIZAÇÃO
C/ VÓLVOU E C/OLHO
P/ A LUTA DA ORTOPEDIA
P/ S/ O L/ ANTE

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
Cirurgia Geral e Obstetrícia
CREMEPE-3740

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
paciente e senha de transferência p/ H.R.A. p/ ortopedia. Senha: 5518 873.		

Vilma Lúcia R. dos S. Marinho
Rec. de Radiologia
COREN-PE 569.800

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH
Serra Talhada-PE

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

54.

Data:	22.09.2018	Horas:	11:10
Nome:	Antônio Lima Nunes	Profissão:	professor
Nome Social:		Estado Civil:	casado
Nascimento:	25.02.78	Sexo:	masculino
Escolaridade:	4º ano	Responsável:	
Mãe:	Dezercina Maria Lima Nunes		
Endereço:	Rua Antônio Carlos da Silva 513		
Bairro:	Alto da Moura	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: 5518823

Após o parto

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

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Refere queda de umete de 1º e 2º. Sep. vomito e perda de consciência.

EXCELSIOR SEGUROS
27 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

- 1- Soluto Ra ombro E
- 2- Dexametasona 4mg - 1M
- 3- Voltaren 75mg - 1M

Luziana M. Azevedo
COREN-PE 615.615-TE

Laura Rayani da Silva Silvestre
Enfermagem
COREN-PE: 1115.327

Hipótese Diagnóstica:

Fratura clav.
traum. - fratura fechada
fratura clav. - fratura de 2º e 3º

Carimbo e Assinatura:

Carimbo e Assinatura

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

1) FAZOR INTUBILIZACÃO
C/ VENTILADOR E COLAR
PARA LUTA COM ORTOPEDIA
P/ SIA UNIC

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
Cirurgia Geral e Ortopedia
CRM/PE 558.800

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
paciente e senha de transferência p/ H.R.A. p/ Ortopedia. Senha: 5518 873.		Atividade de S. Marinho Rec. de Especialidade COREN/PE 558.800

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH
Serra Talhada-PE

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - C.P.E.T.
2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - C.N.E.S.
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

CPF 03023920488

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

01405688662734

6 - SIS. PRENATAL

7 - SENS. / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

41890

9 - NOME DO PACIENTE

Antonio Simão Nunes

10 - DATA DE NASCIMENTO

25/02/1978

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Severina Maria Simão Nunes

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

84997841932

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua das Flores, 140

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sina D'Amorim

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17 - UF

PE

18 - CEP

56909620

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

7 dias no curso por acidente
no braço

EXCELSIOR SEGUROS

13 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

1 fr. m. clavícula (E)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fr. clavícula m. clavícula (E)

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04.08.01.022-3

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Ebene A Silva
Ortopedia/Traumatologia
CRM 15.122
CEM 99916-0412

28/09/18

Dr. Francisco Anselmo Magalhães
CRM 12.450.549
CRM 5362

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

38 - CHIP DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

43 - COD. ORÇÃO EMISOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261810709772-7

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

MOTIVO DA ALTA

motivo

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

aberta

DATA DA INTERNAÇÃO

26/09/18

DATA DA ALTA

28/09/18

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

28/09/18
José Roberto Leite
CRM 15.122
CEM 99916-0412

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

ACTO CIRURGICA

= ACESSO AURICULAR.
 = ASCEGIA
 OI RIO AUTOMICO.
 - SUTURA

Dr. Eberardo Silva
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM: 5.122
 CFM - Fone 9.9916-0112

EXCELSIOR SEGUROS
 13 DEZ. 2018
 SEGURO DPVAT

Assinatura do Cirurgião

**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vitorino Silva Cordano, 324 - AABD - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3236 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 11.095.563/0001-98 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 CRISTOVAO	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:			

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Trauma em clavícula (E)
Pelo acidente

EXCELSIOR SEGUROS**13 DEZ. 2018****SEGURO DPVAT**

Diagnóstico Inicial: FURT - DE CLAVICULA E

S.A.D.T.

Diagnóstico Final

o úlcera

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [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 Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.222
CEM: 9915-0112

Médico Responsável



UNICLIN
MÉDICOS ASSOCIADOS

Dr. George Alessandro
Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Adalberto José
Mourato de Barros
ANGIOLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA GERAL

Dr. Valda Lucía
Moreira Lima
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Josildete Lorenia
V. Duque
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Daniele Padihu
Lapa
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr. João J. Menezes
CARDIOLOGISTA

Dr. Fernando Monteiro
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes
ULTRASSONOGRAFIA

Dr. Johan Cristina
Xavier
OPTAMOLOGISTA

Labomed
LABORATORIO

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

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



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 39.

Data: 22.09.2018		Hora: 17:03:50	
Nome: Dantas, Raimundo		Profissão: agricultor	
Nome Social:		Estado Civil: casado	
Nascimento: 25.08.78	Sexo: m.	Responsável:	
Escolaridade: 4º ano	Mãe: D. Maria		
Endereço: R. A. da Silva		Bairro: A. da Silva	
Município: A. da Silva		Fone: 9.9963.8121	
Cartão SUS:		RG/CPF: 5.552.349	
Raça/Cor:	Branca	Parda	Amarela
	Preta		Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

SENHA: 5518823

Stop

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

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Relato de queda de moto. En + admin. Sep. por parte da comunidade.

EXCELSIOR SEGUROS
27 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

1. Solicitar Raimundo E
2. Denúncia de acidente
3. Voltar ao trabalho

Luziano M. Azeredo
COREN-PE 615.605-75
12/25/18
Luiza Rayani da Silva Silvestre
Enfermagem
COREN-PE: 1115.322

Hipótese Diagnóstica:

Lesão por trauma

Carimbo e Assinatura:

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

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:

1) FAZOR DE BILIZACÃO
O/EPOU E COLUNA
PRA LOSTA DA ORTOPEDIA
P/SAO LUMK

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"/> Ureia | <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"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
paciente e senha de transferência		
pl. H.K.A. 101 bitopirg		
Senha 55181873		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HO-SPAM - VEH
Perra Tábua-PE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.		3 - CNES 2517124	
2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.		4 - CNES 2517124	

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NÚMERO DO DOCUMENTO C121030239254188		6 - NOME ATEND. RAIANNE BARBOSA	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 40140568866127341		8 - SIS PRENATAL 12012	
9 - NOME DO PACIENTE Antonio Simão Nunes		10 - DATA DE NASCIMENTO 25/02/1978	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEVERINA MARIA SIMÃO NUNES		12 - DDD 84	
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) Rua das Flores, 110		14 - TELEFONE DE CONTATO 9197841932	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Sina		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 020220	
17 - UF PE		18 - CEP 5610620	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Tensão no ombro direito, sem
hemorragia.

EXCELSIOR SEGUROS
 13 DEZ. 2018
 SEGURO DPVA

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
1. fratura m. clavícula (E)

22 - CID 10 PRINCIPAL
S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
 24 - CID 10 SECUNDÁRIO
 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - PROCEDIMENTO SOLICITADO
fratura clavícula m. clavícula (E)

27 - CDE 01 - PROCEDIMENTO
04.08.01.022-3

28 - CLÍNICA
 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
 30 - DOCUMENTO
 31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ebenque A. Silva
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM 15.122
 CEM: 99916-0112
 28/09/18

 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
 34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)
 Dr. Francisco Anselmo Magalhães
 CRM 13.4210-17
 CEM 3362

35 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
 36 - CNPJ DA SEGURADORA
 37 - N.º DO SINISTRO
 38 - SÉRIE
 39 - DATA DO SINISTRO
 40 - DATA DO SINISTRO
 41 - DATA DO SINISTRO
 42 - DATA DO SINISTRO
 43 - DATA DO SINISTRO
 44 - DATA DO SINISTRO
 45 - DATA DO SINISTRO
 46 - DATA DO SINISTRO
 47 - DATA DO SINISTRO
 48 - DATA DO SINISTRO
 49 - DATA DO SINISTRO
 50 - DATA DO SINISTRO
 51 - DATA DO SINISTRO
 52 - DATA DO SINISTRO
 53 - DATA DO SINISTRO
 54 - DATA DO SINISTRO
 55 - DATA DO SINISTRO
 56 - DATA DO SINISTRO
 57 - DATA DO SINISTRO
 58 - DATA DO SINISTRO
 59 - DATA DO SINISTRO
 60 - DATA DO SINISTRO
 61 - DATA DO SINISTRO
 62 - DATA DO SINISTRO
 63 - DATA DO SINISTRO
 64 - DATA DO SINISTRO
 65 - DATA DO SINISTRO
 66 - DATA DO SINISTRO
 67 - DATA DO SINISTRO
 68 - DATA DO SINISTRO
 69 - DATA DO SINISTRO
 70 - DATA DO SINISTRO
 71 - DATA DO SINISTRO
 72 - DATA DO SINISTRO
 73 - DATA DO SINISTRO
 74 - DATA DO SINISTRO
 75 - DATA DO SINISTRO
 76 - DATA DO SINISTRO
 77 - DATA DO SINISTRO
 78 - DATA DO SINISTRO
 79 - DATA DO SINISTRO
 80 - DATA DO SINISTRO
 81 - DATA DO SINISTRO
 82 - DATA DO SINISTRO
 83 - DATA DO SINISTRO
 84 - DATA DO SINISTRO
 85 - DATA DO SINISTRO
 86 - DATA DO SINISTRO
 87 - DATA DO SINISTRO
 88 - DATA DO SINISTRO
 89 - DATA DO SINISTRO
 90 - DATA DO SINISTRO
 91 - DATA DO SINISTRO
 92 - DATA DO SINISTRO
 93 - DATA DO SINISTRO
 94 - DATA DO SINISTRO
 95 - DATA DO SINISTRO
 96 - DATA DO SINISTRO
 97 - DATA DO SINISTRO
 98 - DATA DO SINISTRO
 99 - DATA DO SINISTRO

46 - AUTORIZAÇÃO
 47 - DATA DO SINISTRO
 48 - DATA DO SINISTRO
 49 - DATA DO SINISTRO
 50 - DATA DO SINISTRO
 51 - DATA DO SINISTRO
 52 - DATA DO SINISTRO
 53 - DATA DO SINISTRO
 54 - DATA DO SINISTRO
 55 - DATA DO SINISTRO
 56 - DATA DO SINISTRO
 57 - DATA DO SINISTRO
 58 - DATA DO SINISTRO
 59 - DATA DO SINISTRO
 60 - DATA DO SINISTRO
 61 - DATA DO SINISTRO
 62 - DATA DO SINISTRO
 63 - DATA DO SINISTRO
 64 - DATA DO SINISTRO
 65 - DATA DO SINISTRO
 66 - DATA DO SINISTRO
 67 - DATA DO SINISTRO
 68 - DATA DO SINISTRO
 69 - DATA DO SINISTRO
 70 - DATA DO SINISTRO
 71 - DATA DO SINISTRO
 72 - DATA DO SINISTRO
 73 - DATA DO SINISTRO
 74 - DATA DO SINISTRO
 75 - DATA DO SINISTRO
 76 - DATA DO SINISTRO
 77 - DATA DO SINISTRO
 78 - DATA DO SINISTRO
 79 - DATA DO SINISTRO
 80 - DATA DO SINISTRO
 81 - DATA DO SINISTRO
 82 - DATA DO SINISTRO
 83 - DATA DO SINISTRO
 84 - DATA DO SINISTRO
 85 - DATA DO SINISTRO
 86 - DATA DO SINISTRO
 87 - DATA DO SINISTRO
 88 - DATA DO SINISTRO
 89 - DATA DO SINISTRO
 90 - DATA DO SINISTRO
 91 - DATA DO SINISTRO
 92 - DATA DO SINISTRO
 93 - DATA DO SINISTRO
 94 - DATA DO SINISTRO
 95 - DATA DO SINISTRO
 96 - DATA DO SINISTRO
 97 - DATA DO SINISTRO
 98 - DATA DO SINISTRO
 99 - DATA DO SINISTRO

Nº do Procedimento:		
Início:	Término:	
1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:
CIRURGIA		
- ACESSO MÚLTIPLO		
- ASCEPÇÃO		
01 RIO MÚLTIPLO		
- SUTURA		
Dr. Eberardo Silva Ortopedia / Traumatologia CRM: 5.122 CFM - Fone: 9.9916-0112		
EXCELSIOR SEGUROS 13 DEZ. 2018 SEGURO DPVAT		

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

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

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

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

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

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

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

Assinatura do Cirurgião

GDS - Genia Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Videira de Sousa Cardoso, 324 - AABG - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (071) 3531.1736 / 3531.2147 - CEP: 56.917-110
CNPJ: 11.095.541/0001-98 - e-mail: csa184@hfrancisco.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 Pat:	PEDRO SIMAO NUNES	Mãe:	SIVIRINA MARIA SIMAO NUNES				
Endereço:	RUA DAS FLORES						Nº 170
Bairro:	SAO CRISTOVAO	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:							
ANAMNESE E EXAMES FISICOS							
Tumor em clavícula (E) Pelo osso							
EXCELSIOR SEGUROS 13 DEZ. 2018 SEGURO PRIVAT							
Diagnóstico Inicial: fratura de clavícula E							
S.A.D.T.							
Diagnóstico Final: O osso							
Data do Atendimento: Data do Atendimento:							
Melhorada [X]	Decisão Médica [X]			Data do Internamento: 26/09/2018			
Inalterado []	Alta e Pedido []			Data da Alta: 30/09/18			
Piorado []	Transferência []			Dr. Eberhard Silva			
Óbito+48h []	Evasão []			Ortopedia/Traumatologia			
Óbito-48h []	Indisciplina []			CRM: 12.0012			
Óbito em	Hora:			Médico Responsável			



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 Cesar da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM - 10990

EXCELSIOR SEGUROS
04 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Dr. George Alessandro
Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Adauto José
Mourato de Barros
RADIOLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA GERAL

Dr. Valde Lucia
Moreira Luna
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Josiliete Lorena
V. Duque
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Daniele Padilha
Lapa
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr. Joab J. Mendes
CARDIOLOGISTA

Dr. Fernando Monteiro
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes
ULTRASSONOGRAFIA

Dr. Johan Cristina
Xavier
OPTAMOLOGISTA

Labomed
LABORATÓRIO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIO SIMÃO NUNES

Nº de Inscrição
030239254-88

Data do Nascimento
25/02/78

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
5552349

NOME
ANTONIO SIMÃO NUNES

FILIAÇÃO
**Pedro Simão Nunes e
Sivirina Maria Simão Nunes**

NATURALIDADE
Serra Talhada-PE

DATA DE NASCIMENTO
25.02.1978

DOO ORIGEM
**C.N. 717-L.7-F.85-Cart.
Serra Talhada-PE**

CPF
030239254-88

ASSINATURA DO DIRETOR
[Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
[Assinatura]
ANTONIO SIMÃO NUNES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **25/01/97**

EXCELSIOR SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

WOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. 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
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
RAR
CMTX

ASSINATURA DO PORTADOR
George Carlos Melo Lima

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
23810552568
PE079966268

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

EXCELSIOR SEGUROS
27 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIO SIMAO NUNES

Nº de Inscrição
030239254-88

Data do Nascimento
25/02/78

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
5552349

DATA DE EXPEDIÇÃO
18.01.1994

NOME
ANTONIO SIMÃO NUNES

FILIAÇÃO
**Pedro Simão Nunes e
Sivirina Maria Simão Nunes**

NATURALIDADE
Serra Talhada-PE

DATA DE NASCIMENTO
25.02.1978

DOO ORIGEM
**C.N. 717-L.7-F.85-Cart.
Serra Talhada-PE**

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR
[Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
[Assinatura]
ANTONIO SIMAO NUNES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **25/01/97**

EXCELSIOR SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727867859
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COO. RENAVAM 1132605462 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSELIA LOPES DA SILVA CAMPOS

SERRA TALHADA-PE 0

CPF / CNPJ 064.007.214-36 PLACA PCW6950

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KD1000HR035479

ESPÉCIE TIPO FAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BRO3 ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP. / POT. / CIL 250 / 162 CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1ª *****
FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

SERRA TALHADA DATA 05/09/18
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727867859 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSELIA LOPES DA SILVA CAMPOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/09/18

VIA 1 CPF / CNPJ 064.007.214-36 PLACA PCW6950

RENAVAM 1132605462 MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BRO3

ANO FAB. 2017 CATEG. 09 Nº CHASSI 9C2KD1000HR035479

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
SEGURO PAGO
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

PROIBIDO PLASTIFICAR

1479130566

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1479130566

PERNAMBUCO

LOCAL SERRA TALHADA, PE
DATA EMISSÃO 10/07/2017

Assinatura do titular

OBSERVAÇÕES

Nº REGISTRO 02341599650



VALIDADEZ 07/07/2022
1ª VENCIMENTO 13/05/2002

NOME ANTONIO SIMÃO NUNES

CPF 5552349-522-PE

DATA NASCIMENTO 25/02/1978

PLACAS

5552349-522-PE

DATA EMISSÃO

10/07/2017

DATA VENCIMENTO

13/05/2002

DATA EXPIRAÇÃO

13/05/2002

DATA DE QUITAÇÃO

13/05/2002

DATA DE EMISSÃO

10/07/2017

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

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 22/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO SIMAO NUNES

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 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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIANNE SILVA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597730 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES **Data do acidente:** 22/09/2018 **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

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

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 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES **Data do acidente:** 22/09/2018 **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

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597730 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES **Data do acidente:** 22/09/2018 **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

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

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.: 030.239.254-88
Endereço: AV. AFONSO MAGALHÃES 1148 S. CRISTÓVAO
CEP: 56903-040 Cidade/UF: SERRA TALHADA PE.

Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 008.475.324-29
Endereço: ANTÔNIO TOME DE SOUZA . 573
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, substabelecer 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

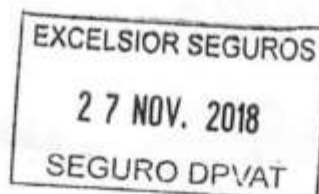
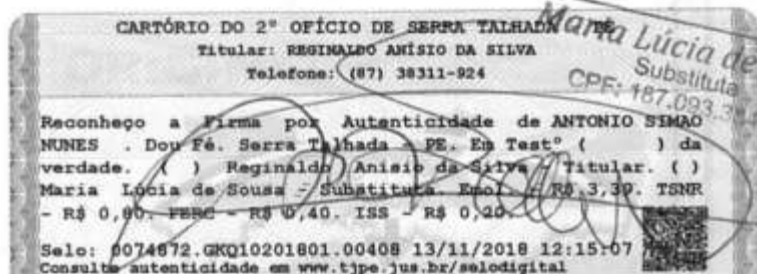
ocorrido na data em 22/09/2018

Local: SERRA TALHADA - PE

Data: 13/11/2018

Antônio Simão Nunes
Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.



Procuração

Outorgante(s):

Nome: ANTÔNIO SIMÃO NUNES
R.G.: 5552349 C.P.F.: 030.239.254-88
Endereço: AV. AFONSO MAGALHÃES 1148 S. CRISTÓVAO
CEP: 56903-040 Cidade/UF: SERRA TALHADA PE.

Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 008.475.324-29
Endereço: ANTÔNIO TOME DE SOUZA - 573
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, substabelecer 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

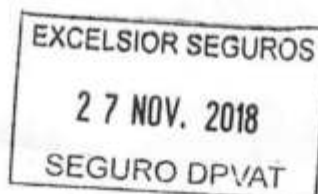
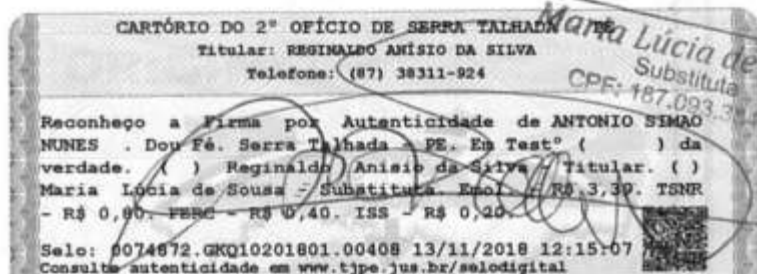
ocorrido na data em 22/09/2018

Local: SERRA TALHADA - PE

Data: 13/11/2018

Antonio Simão Nunes
Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.



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 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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428175/18

Número do Sinistro: 3180557290

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
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 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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428175/18

Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES

CPF: 030.239.254-88

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 22/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO SIMAO NUNES

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 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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458593/18

Número do Sinistro: 3180597730

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

Documentação médico-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 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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIANNE SILVA BARBOSA

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 médico-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. 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

Pag. 00373/00374 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13794448

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597730 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SIMAO NUNES **Data do acidente:** 22/09/2018 **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

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

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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

OMBRO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual (X) 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.

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

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: 030.239.254-88 Nome completo da vítima: 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: ANTÔNIO S. MÃO NUNES CPF: 030.239.254-88
Profissão: ALTO NOMO Endereço: AV. AFONSO MAGALHÃES Número: 3148 Complemento: CASA
Bairro: SÃO CRISTOVÃO Cidade: SERNA TALHADA - Estado: PE CEP: 56.903.040
E-mail: _____ Tel. (DDD): 87.9.9998-1477

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4124 CONTA: 01089918 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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: _____ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

27 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



Desbloqueie o seu
novo cartão no app



ou em nossos
Caixas Eletrônicas
e comece a
utilizá-lo no seu
dia a dia.

5021 2140 4909 7349

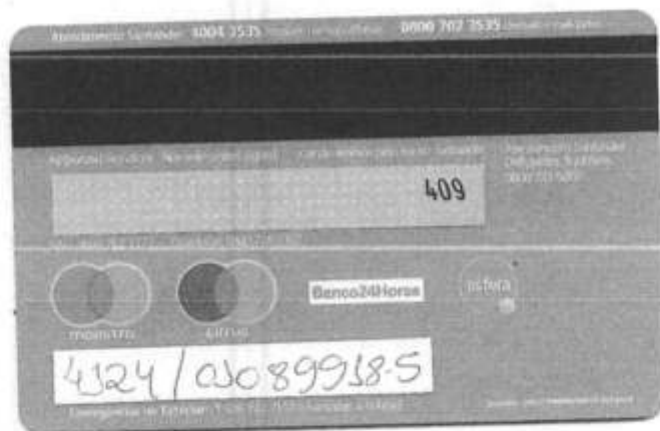
MEMBER
SINCE

VALID
THRU 09/26

habito



EXCELSIOR SEGUROS
27 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 030.239.254-88 Nome completo da vítima: 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: ANTÔNIO S. MÃO NUNES CPF: 030.239.254-88

Profissão: ALTO NOMO Endereço: AV. AFONSO MAGALHÃES Número: 3148 Complemento: CASA

Bairro: SÃO CRISTOVÃO Cidade: SERNA TALHADA Estado: PE CEP: 56.903.040

E-mail: _____ Tel. (DDD) 87.9.9998-1477

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4124 CONTA: 01089918 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vul nascido)? ☐ 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 ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS
EXCELSIOR SEGUROS
13 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a devolver o formulário ao solicitante.

0428125/18



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

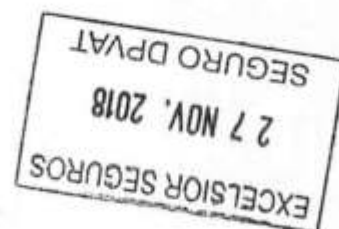
Localidade urbanizada: ☒

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 8.539, de 6 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 DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81



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, HOSPAM, a fim de verificar se houve registro de entrada e atendimento de vítimas de acidente na rodovia. Foram então identificados JOELSOM 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 HOSPAM 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 HOSPAM 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. 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

V1



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: JOELSOM 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 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

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

V1  **JOELSOM ALVES VASCONCELOS**
CONDUTOR

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 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 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

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

V1



CONDUTOR

JOELSOM ALVES VASCONCELOS

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

Saindo da Metalumínio, acessei a BR 232 sentido Salgueiro, após andar cerca de 100 metros percebi que outro veículo se aproximou rapidamente por trás e não consegui desviar. Após a colisão observei como estava minha esposa que vinha na minha garupa. As pessoas que vieram observar, ajudaram o outro condutor.

Um homem veio, que se identificou como Cícero, avisou que iria socorrê-lo ao Hospital, me deu a informação de onde o outro condutor trabalhava e foi embora.

Joelson Alves Vasconcelos



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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

V1



PASSAGEIRO

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.



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



CONDUTOR

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 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

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

V2



CONDUTOR

ANTONIO SIMAO NUNES

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

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

inclusive eu caí do outro lado da BR no acostamento.

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

Joelma Simão Nunes.

PRESENCIADO POR MIM, PRF ~~Mazzola~~, matrícula 1481002.



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



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 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

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	

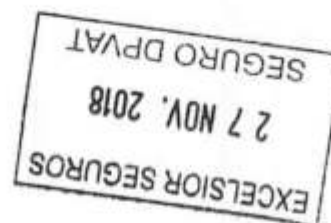
Total geral (SIM + NA): 0

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



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: ☒

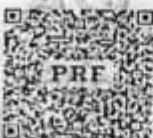
Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia

EXCELSIOR SEGUROS

13 DEZ. 2018

SEGURO DPVAT



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 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 no 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.pr.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA188D0E1DEEE3F49DF08E34120881



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, HOSPAM, a fim de verificar se houve registro de entrada e atendimento de vítimas de acidente na rodovia. Foram então identificados JOELSOM 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 HOSPAM 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 HOSPAM 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. 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 DA168DCE1DEEE3F490FD8F34120B81



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local do acidente

← CUSTÓDA

SALGUERO →



Página 03 de 12

Documento assinado eletronicamente por MAZZOLA, matrícula 1481002, Polícia Rodoviária 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/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81

191



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

V1



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: JOELSOM ALVES VASCONCELOS

CPE/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



Página 04 de 12

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.pr.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F490FD8F34120B81.

191



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

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



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

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 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 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/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEESF490FD8F34120B81



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

INSTITUTO
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

V1



JOELSOM ALVES VASCONCELOS

CONDUTOR

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

SAINTE DA METALURGIA ACCESSA A BR 232 SENTIDO SUL
QUANDO, APÓS ANTER CONTA DE 100 METROS PERCEBI QUE OUTRA M3
TO SE APROXIMOU RAPIDAMENTE POR TRÁS DE M3 NÃO CONSEGUI DESVIA
PRÉVIA COLISÃO OBSERVEI COMO ESTAVA MINHA ESTOJA QUE VINHA NA
MINHA GARGA E SESSOAS QUE VIEM OBSERVAR, APÓS O OUTRO
COMO ABRA
UM HOMEM QUE SE IDENTIFICOU COMO EZEQUEL, AVISOU QUE IRIA
SOCORRER-LO NO HOSPITAL ME DEU A INFORMAÇÃO DE ONDE O OUTRO COM
SUO TOX TRABALHAVA E FOI ENVIAR.

Joelsom Alves Vasconcelos



PRF



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 5º 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 DA165D0E1DEEE0F490FD8E34120B81



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.



Página 08 de 12

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 no 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 DA168D0E1DEEE3F490FD8E34120B81

191



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.



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/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA168D0E1DEEE3F450CFD8F34120B81.



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18054747B01



PRF

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

V2



ANTONIO SIMAO NUNES

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ENVOLVIDO

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

inclusive eu caí do outro lado da BR
mostrando.

Eu fiz a Declaração Simão Nunes escrevi o texto acima
que foi ditado por meu irmão Antônio Simão
Nunes porque ele está impossibilitado de escrever.

Simão Nunes.

PROSSIGUO POR FIM, PRF MATRÍCULA 1481002.

[Assinatura]



Página 10 de 12

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 art. 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

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

191



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.



Página 11 de 12

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.pr.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18054747B01 e o número de controle DA188D9E1DEEE3F490F08F34120B81.

191



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



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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

OAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☒

MORTE

RN do sinistro ou ASE

CPF da vítima

030.239.254-88

Nome completo da vítima

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

ANTÔNIO S. MÃO NUNES

Profissão

ALTONOMO

Endereço

AV. AFONSO MAGALHÃES

CPF

030.239.254-88

Número

3148

Complemento

CASA

Bairro

SÃO CRISTÓVÃO

Cidade

SERNA TALHADA

Estado

PE

CEP

56.903.040

E-mail

Tel (DDD)

87.9.9998-1427

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

RENDA MENSAL

☒ RECEBIMENTO PRÓPRIO

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☒

CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários de invalidez permanente)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito de controle)

(Informe o dígito de controle)

AGÊNCIA:

4124

CONTA:

01089918

5

(Informe o dígito de controle)

(Informe o dígito de controle)

Autorizo a Seguradora Líder a integrar a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e sendo, 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 [assinale 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 acima informado, solicito o reconhecimento na análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a conclusão do seu corpo.

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:

Gravidade 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 tenha 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 denada, 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina À BOGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

27 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU BOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a não recorrer da decisão.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 030.239.254-88 Nome completo da vítima: 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: ANTÔNIO S. MÃO NUNES CPF: 030.239.254-88

Profissão: ALTO NOMO Endereço: AV. AFONSO MAGALHÃES Número: 3148 Complemento: CASA

Bairro: SÃO CRISTOVÃO Cidade: SERNA TALHADA Estado: PE CEP: 56.403.040

E-mail: _____ Tel. (DDD) 87.9.9998-1477

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4124 CONTA: 01089918 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vul nascido)? ☐ 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 ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS
EXCELSIOR SEGUROS
13 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a devolver o formulário ao solicitante.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

CPF do segurado: 030.239.254-87 Nome completo da vítima: ANTONIO S. MÃO NUNES

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

Nome completo: ANTONIO S. MÃO NUNES

Profissão: ALTO MO Endereço: AL. AFONSO MAGALHÃES

Bairro: São Cristóvão Estado: PE CEP: 56.403.040

E-mail: SERNA TACHADA Telefone: 87.9.9998-5477

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECEBIMENTO INFORMAR ☐ SEM RECEITA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (insente para os bancos abaixo) ☒ CONTA CORRENTE (tutor ou bancário)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4724 CONTA: 01089918

Autosseguro: a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização recebendo do Seguro DPVAT a quantia em 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 não houve necessidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a critério 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 da perícia.

Pelo motivo acima citado, solicito o processamento imediato do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, compreendendo, desde já, em nome da seguradora LIDER, as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 24.243/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a análise médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima estiver grávida, informar o nome completo:

Vitima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tiver filhos, informar quantos: ☐ Nenhum ☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Quatro ☐ Cinco ☐ Seis ☐ Sete ☐ Oito ☐ Nove ☐ Dez ☐ Mais

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso venha a ser indenizada, o Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e providerem esta convocação, estando ciente, ainda, de que qualquer ônus ou custo decorrente desta indenização poderá ser cobrado de resgate ou valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

Local e Data: Recife 13/12/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____

2º Nome: _____
CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
EXCELSIOR SEGUROS
13 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT

19/12/2018 17:03:04

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

54.

Data: 22.09.2018	Hora: 11:10
Nome: Antonio Lima Nunes	Profissão: trabalhador
Nome Social:	Estado Civil: casado
Nascimento: 25.02.78	Sexo: m.
Escolaridade: 4ª série	Responsável:
Mãe: Degerina Maria Lima Nunes	
Endereço: Rua Antonio Silva da Silva 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: 5518823

Após parto

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

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Refere queda de umeto br ± adim. Sep vômitos e perda de consciência.

EXCELSIOR SEGUROS
27 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

- 1- Solicitar Ra combrs E
- 2- Dexametasona 4mg - 0amp, 1 M
- 3- Voltaren 75mg - 0amp, 1 M

Luziane J.M. Azevedo
COREN-PE 615.605-TE

12.23h
Laura Rayani da Silva Silvestre
Enfermagem
COREN-PE: 1115.322

Hipótese Diagnóstica:

Fratura Crânio-Encefalo-traum. com lesão de grau I

Carimbo e Assinatura:

Dr. Paulo Roberto de Almeida
MTE
CRM 12345

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

54.

Data: 22.09.2018

Hora: 11:10

Nome: Antonio Lima Nunes

Nome Social:

Profissão:

Nascimento: 25.02.78

Sexo: m.

Estado Civil:

Escolaridade: 4 - 5ª

Responsável:

Mãe: Degerina Maria Lima Nunes

Endereço: Rua Antonio Silva da Silva 513

Bairro: Centro

Município:

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

Após

PA:

Pulso:

HGT:

T:

SpO2:

Peso:

Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Refere queda de umeto br ± adim. Sep vômitos e
perda de consciência.

EXCELSIOR SEGUROS
27 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

1 - Solicitar Ra ombro E

2 - Dexametasona 4mg - 0amp, 1 M

3 - Voltaren 75mg - 0amp, 1 M

Luziane J.M. Azevedo
COREN-PE 615.605-TE

12.23h
Laura Rayani da Silva Silvestre
Enfermagem
COREN-PE: 1115.322

Hipótese Diagnóstica:

Fratura clav.
traum. - fratura fechada
fratura clav. - fratura fechada

Carimbo e Assinatura:

Dr. Paulo C. Gomes
MTE

de pe duro

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: 000001089918-5

Nr. da Autenticação C847F76F9AE56B14

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MÁRIA DELFÂNDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CFR 286.442.044-91

CLASSIFICAÇÃO

61 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Manufatura 11

Nº DA MONTAGEM	SEAL	EMISSÃO
03137566	(H&C)	12/08/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/08/2018	2008630115	3650341

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	09/2018
DATA Q/L VENCIMENTO	DATA PRELIMINAR PROGRAMATICA
01/10/2018	15/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	176,07

12/08/2018	2000520115	3550341	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		
			QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
			1R2 U000000	0,75282908	127,01
Consumo Água(Litro)					12,13
Adesivo Bandeira VERMELHA					8,86
Contribuição Iluminação Pública					1,13
ICMS Subvenção-L.C.16- 02/01/772-1-12/08/18					1,14
ICMS Subvenção-C.C.16- 02/01/772-1-12/08/18					15,00
Doação APAR - 0800 722 2723					

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA							
MP DE MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
15074	Cal	DATA 15/04/2018	DATA 15/04/2018	30	1,0000		140,50

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO			
SET 18	1982	134,14	25,70	37,53	Gerção de Energia	R\$	51,82 14,34%
AGO 18	1982				Transmissão	R\$	6,28 1,65%
JUL 18	1989	150,34	1,03	1,54	Distribuição (C/eqs)	R\$	29,40 8,08%
JUN 18	1980	150,14	4,89	7,04	Perdas de Energia	R\$	9,24 2,55%
MAR 18	1980				Energia Setorial	R\$	7,30 2,01%
ABR 18	1986				Tributos	R\$	48,11 13,31%
MAR 18	220				Total	R\$	150,14 100%
FEV 18	214				TABELA APLICADA		
JAN 18	220				Cálculo Anterior		
DEZ 17	197						
NOV 17	176						
OUT 17	181						
SET 17	142						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comportamento di accoppiamento dei carici in un'area protetta

Vento	Orevento	Vento	Orevento	Vento	Orevento
Vento 100,00	Orevento 100,00	Vento 100,00	Orevento 100,00	Vento 100,00	Orevento 100,00

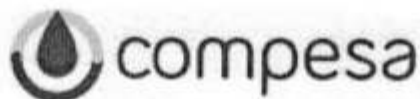
Em caso de não pagamento do boleto, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nas medidores regulares de leitura do sistema de SAC e SORASA, com as vantagens nacionais. Este comunicado não substitui o envio de cobranças anteriores e não é uma nota de qualquer natureza. Em qualquer dúvida consulte seu provedor de energia elétrica ou a concessionária.

CARGO E FREQUENCIA DAS ATIVIDADES				
CONJUNTO	VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL
DIC	0,00	5,47	10,88	21,73
ENC	0,00	3,36	6,72	13,41
DEAC	0,00	3,11	0,00	0,00

Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 50,00

[illegible]

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.compesa.com.br

Nº Documento: 20181123523604

Escritório: SERRA TALHADA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE: ANTONIO SIMAO NUNES

AV APODIO MAGALHAES, N. 01146 - SAO CRISTOVAO SERRA TALHADA PE 56903-040

INSCRIÇÃO: 139.816.053.0029.700

GRUPO: 3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02352360.4

ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	OUTRO
110225336	25/10/2018	24/11/2018	TIP. DE CONSUMO /		
ÁGUA	CONSUMO: 5	ESGOTO	VOLUME: 0		
LEIT. ANT.: 793	RECORRENCIA TAXA MINIMA	LEIT. ANT.:			
LEIT. ATUAL: 803	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 803		LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENDEN A	
10/2018 6/	TURBIDEZ	MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO	
09/2018 5/	COR APARENTE	70	70	70	
08/2018 6/	COLOR RESIDUAL	70	70	70	
07/2018 3/	COLIFORMES TOTAIS	70	70	70	
06/2018 6/	E.Coli	70	70	70	
05/2018 6/	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.				
MÉDIA 5/ 0	(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL SÃO				
	INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.				
	(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO				
	VISUAL DA ÁGUA.				

DESCRIÇÃO 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

VALORES	VALOR	VALOR	VALOR
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

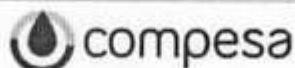
VENCIMENTO: 05/12/2018

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 SUSPENSÃO 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

INSCRIÇÃO:

02352360.4

11/2018-7

VENCIMENTO: 05/12/2018

TOTAL A PAGAR: 42,31

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA CÂNDIA LOPES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CPF: 286.442.044-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo B1

NUMERO DA FISCAL	SEAL	EMISSÃO
031375268	UNICA	12/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/08/2018	2000520115	3680341

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	182,0000000	0,75282608	137,01
Atividades Bandeira VERMELHA			13,12
Contribuição Iluminação Pública			6,86
ICMS Subvenção - L.C. nº 02/01/7777-13/08/18			1,13
ICMS Subvenção - CEE nº 07/03/2009-12/07/18			1,14
Doação APAE - 09/00 722 7723			15,00
TOTAL DA FATURA			176,07

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
150714	C-1	15/04/2018	5.824,24	12/07/2018	6.006,24	90	1.0000	182,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE DISTRIBUIÇÃO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
SET 18	182			Geração de Energia	R\$ 81,55 34,34%
AGO 18	182			Transmissão	R\$ 6,28 3,55%
JUL 18	189			Distribuição (Cargas)	R\$ 29,40 16,69%
JUN 18	180			Perdas de Energia	R\$ 9,24 5,24%
MAY 18	180			Energia Solar	R\$ 7,38 4,19%
ABR 18	180			Tributos	R\$ 48,11 27,01%
MAR 18	220			Total	R\$ 136,14 100%
FEB 18	214				
JAN 18	230				
DEZ 17	197				
NOV 17	176				
OUT 17	187				
SET 17	140				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Pagos no cartão de crédito de uma única vez, em nome de uma única pessoa física, não são considerados pagamentos em nome de uma única pessoa física. O consumidor deve apresentar o comprovante de pagamento em nome de uma única pessoa física, para que seja considerado válido. O consumidor deve apresentar o comprovante de pagamento em nome de uma única pessoa física, para que seja considerado válido. O consumidor deve apresentar o comprovante de pagamento em nome de uma única pessoa física, para que seja considerado válido.	

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO					
O consumidor deve apresentar o comprovante de pagamento em nome de uma única pessoa física, para que seja considerado válido. O consumidor deve apresentar o comprovante de pagamento em nome de uma única pessoa física, para que seja considerado válido. O consumidor deve apresentar o comprovante de pagamento em nome de uma única pessoa física, para que seja considerado válido.					
Vencido	03/09/18	Valor	181,22	Vencido	03/09/18
Vencido	12/09/18	Valor	181,22	Vencido	12/09/18
Vencido	19/09/18	Valor	181,22	Vencido	19/09/18

LIMITES DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	ABRIL	MAIO
220	202	220	220
LIMITES DE FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL
SIC	0,00	5,47	10,94
PIC	0,00	3,36	6,72
DMS	0,00	3,31	6,62

EXCELSIOR SEGUROS
27 NOV. 2018
SEGURO DPVAT