



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-822 12 94

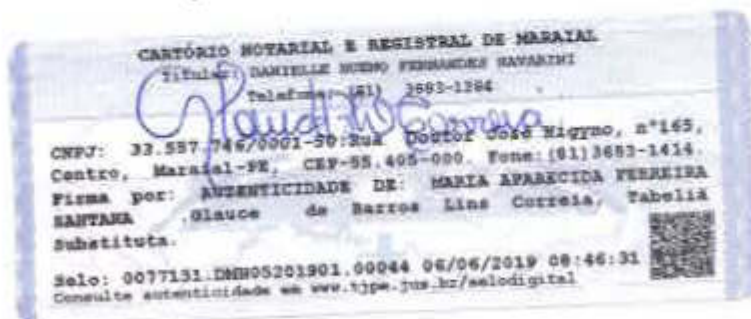
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-822 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-822 12 06 | Central Operadora: 0800-821 91 35

Eu, MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA,
RG nº 5.025.644, data de expedição 07 / 07 / 2017
Órgão SDS/RE, portador do CPF nº 973.747.504-63,
com domicílio na cidade de MARAJÁ, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. NOVA MARAJÁ, nº 51,
complemento NOVA MARAJÁ, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
EDUARDO SILVA DOS SANTOS, cujo o condutor era
EDUARDO SILVA DOS SANTOS.
Veículo: MOTO Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS Ano: 2010
Placa: PFD 7601 Chassi: 9E2JE411DBR314487
Data do Acidente: 11 / 04 / 2018

Local e Data: MARAJÁ PE, 06/06/2019

Maria Aparecida Ferreira Santana
Assinatura do Declarante

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



Data do Atendimento: 11/04/2018 Hora: 12:40:45 PRONTUÁRIO: 231320
No Atendimento: 721257 Urgência / Emergência Colaborador: ENFERMEIRA
Prioridade: AMARELO - URGENCIA CIRURGIA GERAL CNS: 706200582319864

Nome: EDUARDO SILVA DOS SANTOS Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 15/01/1995 Idade: 23 Anos, 2 Meses e 27 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: SEVERINA CLEMENTE DA SILVA / CICERO BERNARDO DOS SANTOS
Endereço: SÍTIO POSTO DE MOTA - ZONA RURAL - 55405000
Cidade: MARAIAL Tel.: Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Paciente internado de acidente de trânsito / trauma
de crânio, Nuzza tomou a Wanda

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☒ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐ Temperatura: _____

B: Respiratório:

C: Circulatório:

NDV

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

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: 15 Hora: Score: Hora: Score: Hora:

E: Abdomen:

NDV

Diagnóstico Inicial:

Politrauma

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

① TRC de Crânio: sutura de osso nasal e maxilar ②
② Ao BMF

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

PACIENTE CHEGA NO SERVIÇO TRAZIDO DE MARAIAL REFERINDO DORSE EM FACE POR CONTA DE UMA QUEDA DE MOTO

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Evolução de Enfermagem



* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Medicada () Alta a Pedido
() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
* Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Edmundo Silva dos Santos Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 23 C.I.: _____
País ou Responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: Moreira Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: BMF

HR

SENHA:

5403082

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: Historia da doença relatada é de 11 dias de dor no
lado esquerdo do abdômen e febre alta de 38,5°C
de 10 em 10 horas (D) Não há sintomas de

EXAME FÍSICO: Adolescente, 23 anos, a pele m. e úmida
de 10 em 10 horas (D) PA = 120/80 mmHg
FC = 93, RA = 120/80 mmHg
de 10 em 10 horas (D) de 10 em 10 horas

DROGAS ADMINISTRADAS: não

EXAMES COMPLEMENTARES: Dx LTA

HD: Exame de HTO normal (D)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente com EBR com HD. De transição com
exame físico normal e febre, em fase de
recuperação e transição para H.R.

Edmundo Rogério
Enfermeiro
COREN-PE 506470

DATA: 11/04/18

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data do Atendimento: 11/04/2018 Hora: 12:41:22 PRONTUÁRIO: 231320
 No. Atendimento: 721259 Urgência / Emergência Colaborador: ERICKSON
 Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: 706200582318864
 Nome: EDUARDO SILVA DOS SANTOS Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 15/01/1995 Idade: 23 Anos, 2 Meses e 27 Dias C.I.:
 Pais ou responsáveis: SEVERINA CLEMENTE DA SILVA / CICERO BERNARDO DOS SANTOS
 Endereço: SÍTIO PÓSTO DE MOTA - ZONA RURAL / - 55405000
 Cidade: MARAIAL Tel.: Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: _____

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escor: Hora: Escor: Hora: Escor: Hora: Escor: Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Evolução da Enfermagem

* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro _____

* Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 958661

Nome: Edmundo Silva dos Santos

Foi atendido às 20:00 hs. do dia 11 / 04 / 18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
motorístico com fratura C7O
bilateral, DPN e maxila. CID: S024

x Necessita de 30 dias de repouso domiciliar.

Tratamento Realizado: Instalação de Bana de Eriech
BMM dia (14/04/18) por Dr. Ruan e Dra. Priscilla

Observação: Retornar ao ambulatório de Dr. Carlos
Teófilo (15/05/2018) às 07:00h da manhã
Marcar com antecedência e fazer todos os exames.

Cópia de: Alta BMF (15/04/18)

Dr. Ruan Viana
Médico Especialista em
Bucco-Maxilo-Facial
R. CRC: 451/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

EDUARDO SILVA DOS SANTOS

11.04.2018

711252

M

20



EDUARDO SILVA DOS SANTOS

11.04.2018

M

20



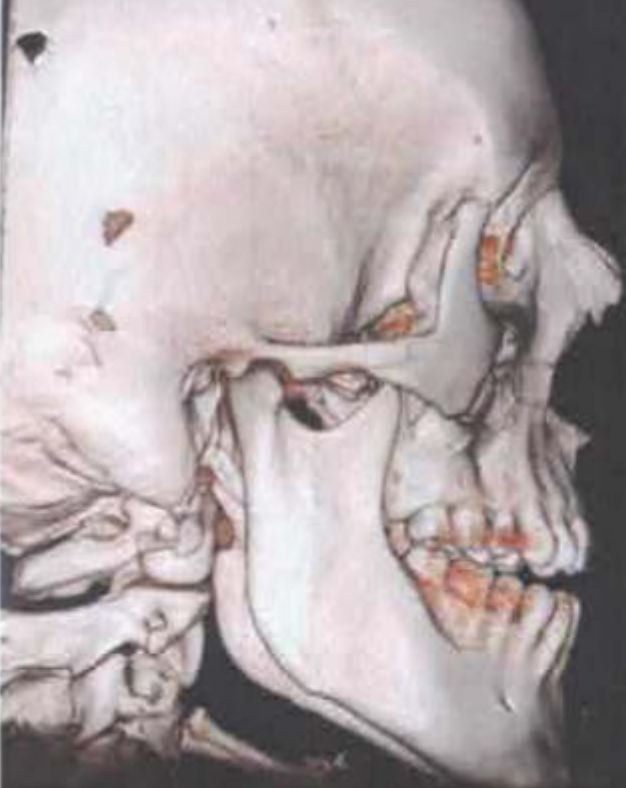
11.04.2018

EDUARDO SILVA DOS SANTOS

11.04.2018

M

20



11.04.2018

EDUARDO SILVA DOS SANTOS

11.04.2018

M

20

EDUARDO SILVA DOS SANTOS

11.04.2018

M

20



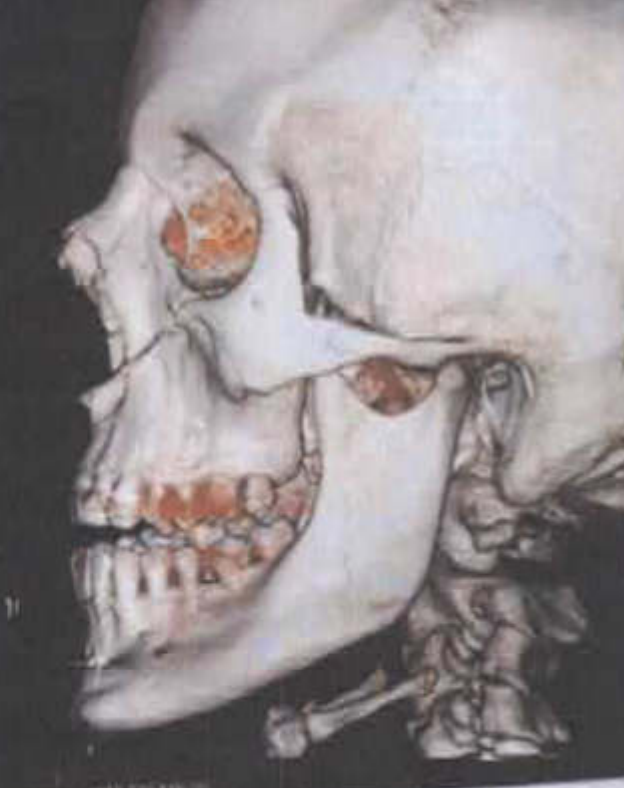
11.04.2018

EDUARDO SILVA DOS SANTOS

11.04.2018

M

20



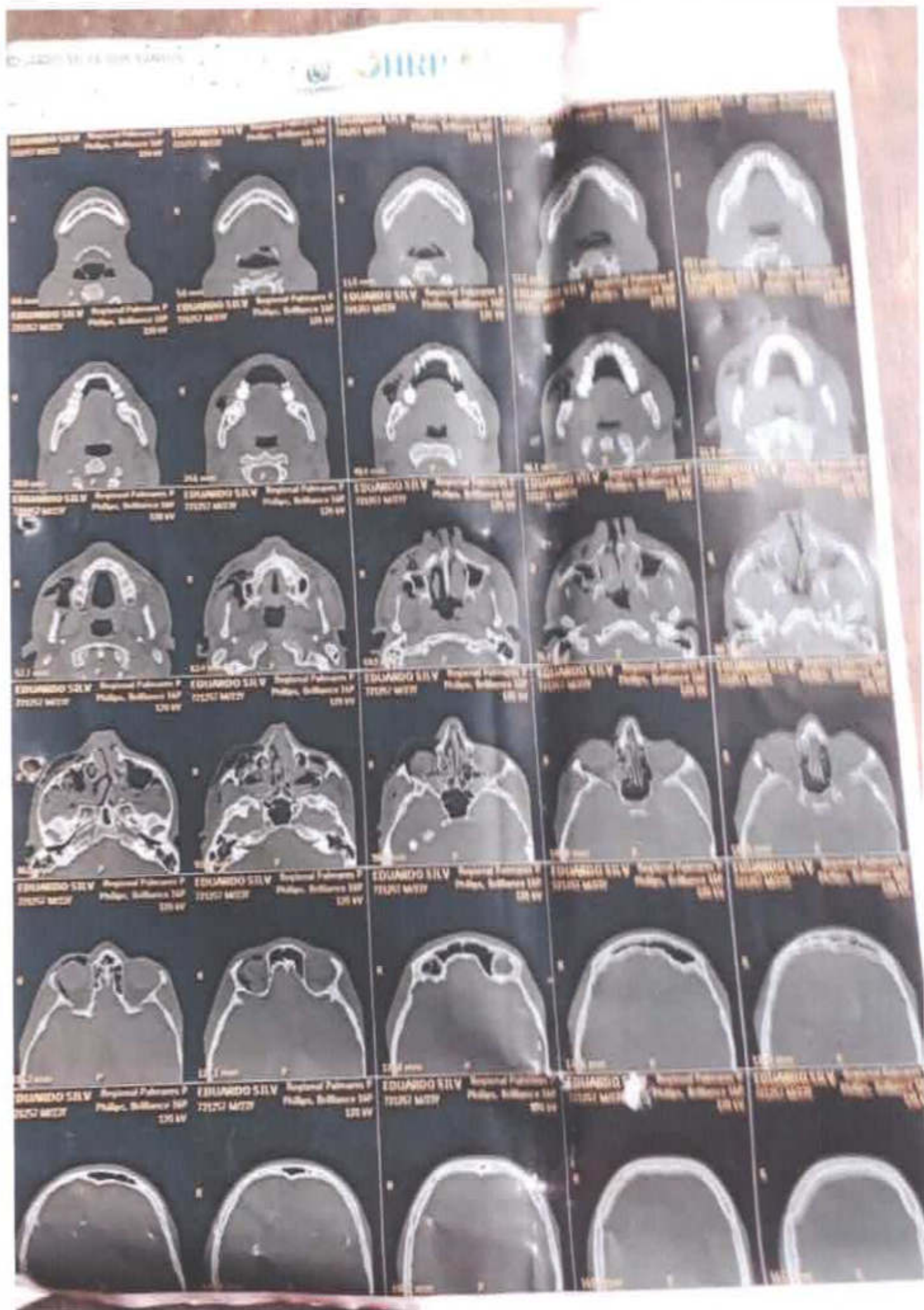
11.04.2018

EDUARDO SILVA DOS SANTOS

11.04.2018

M

20





VALIDAR EM TODOS OS TERMINAIS NACIONAIS

9.538.916 13/07/2012

<< EDUARDO SILVA DOS SANTOS >>

<< CÍCERO BERNARDO DOS SANTOS >>

<< SEVERINA CLEMENTE DA SILVA >>

PALMARES - PE 15/01/1995

<< CN.11496 L.2DA F.67V CART. MARAIAL-PE 14.08.1997 >>

115.847.494-66

F-50 48.435 - 3033

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁBUAS 07R-39



Eduardo Silva dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE 17BC.978C.9E01.FC5F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 08/06/24 às 02:53/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 115.847.494-66

Nome EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Nascimento 15/01/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EXPOSIÇÃO DE IDENTIDADE

ALCIONE GOMES DA SILVA

5.633.938

28/06/2011

RECIFE - PE

0030290 72 OLIVEIRA

029 456 564 58

18/10/1979

00052 212

015 74 88 12 0880345-0

LEI Nº 7.116 DE 20/06/81

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EXPOSIÇÃO DE IDENTIDADE

ALCIONE GOMES DA SILVA

5.633.938

28/06/2011

RECIFE - PE

0030290 72 OLIVEIRA

029 456 564 58

18/10/1979

00052 212

015 74 88 12 0880345-0

LEI Nº 7.116 DE 20/06/81

DECEMBER

DETRAN - PE
Nº 013729163735
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NO	2005 PRELIM	2010	2015
1	274417480	999999999	2019

MARIA AFANECIJA SURBUTTA GARRA

MILITARY-121

Q7E 747 504-63

PLATE NO. 13	92EJC41108J14487
*****A#	

PAS / MOTORCYCLISTA	CANDIDATO
	CASO 2.ª FASE

BOBINA/C5 125 PAIN 109	MACA 10000	RECIBO 2010	RECIBO 2011
------------------------	------------	-------------	-------------

25/124CL	Cap / Pot / Lit	Categoria PARTIC	Cura Fittocompente VERANDEA
----------	-----------------	----------------------------	---------------------------------------

IPVA 2018 QUITADO

[illegible]

SEGURO PAGO

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

International Wine Company

DATE	01/02/19
SIGNATURE	<i>[Signature]</i>

Director: Andrew Bolton, ab@metmuseum.org

SEGURO CONTRA TODOS LOS DAÑOS PERSONALES CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMÓVILS. IDE UNA TERRESTRE QUE NO LE CANGIA A PERSONAS TRANSACCIONES BUENO. SEGURO CIVIL.

PE Nº 013729163735 DILNETE DE SEGURO OPNAV

MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA
RUA NOVA MARIAL 51
55405-000

CASA NOVA MARAVILHA CENTRO MARAVILHA-ES
ESTE É O SEU MILHETE DO SEGURO OPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

125

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	01/02/19

USA	CPE / CPEU	HLASA
1	993 787 504-63	RPD7601

274417480	PERKINWAY	MADEIRA / NICKED	WOMBA/CC 125 PAH RS
-----------	-----------	------------------	---------------------

ANZ VAN	DATE	NO	NO
2010	05	502	NO411GR314487

PRENTO TADIEVIO

Cell #101

DEVIATION #101

CHARTERED TO BEING

[illegible]

CONFIDENTIAL

COTANINICA	PERILLALCO	GRUPO A. V. 1000 m. / 1000 m. / 1000 m.
------------	------------	---

800.445.4454
 800.445.4454
 800.445.4454

INSTITUTION & GUARDIAN O BILLYE DOWNS

CHINA'S RISKY TRADE AND A COLD WINTER

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564900

Vítima: EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564900

Vítima: EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 115.847.494-66 Nome completo da vítima: EDUARDO SILVA DOS SANTOS

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

Nome completo: EDUARDO SILVA DOS SANTOS CPF: 115.847.494-66

Profissão: ABRICULTOR Endereço: SITIO POSTO DE MONTA Número: 27 Complemento: _____

Bairro: MARAIAL Cidade: MARAIAL Estado: PE CEP: 55.405.000

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9.8488.7131

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

RENTA MENSAL:

☒ RECLUSO 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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 85141 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 requerer 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 5.194/74, 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 nascer(a) (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: BLINDA, 20 DE MAIO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

EdUARDO SILVA DOS SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

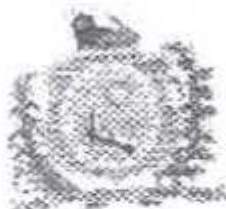
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 081ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARAIAL -
DP81ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0171000060

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/05/2018 às
15:46

**ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu
no dia 11/4/2018 às 11:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO SEM VÍTIMA**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MARAIAL, 01 - Bairro: CENTRO -
MARAIAL/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA (OUTRO)
JOSEF LUCIO NASCIMENTO SILVA (TESTEMUNHA)
ROMERO FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
EDUARDO SILVA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
EDUARDO SILVA DOS SANTOS

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

EDUARDO SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
SEVERINA CLEMENTE DA SILVA Pai: CICERO BERNARDOS DOS SANTOS Data de Nascimento:
15/1/1988 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9552016/SSD/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MARAIAL, 01, SÍTIO POSTO DE MONTA Nº 33 CIDADE
DE MARAIAL-PE - CEP: 55866-000 - Bairro: CENTRO - MARAIAL/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSEF LUCIO NASCIMENTO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
RIVONETE DIAS DO NASCIMENTO Pai: NIVALDO LUCIO DA SILVA Data de Nascimento:
2/12/1986 Naturalidade: CATENDE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA

ROMERO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
CIGERA FERREIRA DOS SANTOS Pai: JOSUE FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
11/4/1981 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MANOEL NUNES VIANA, 23 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -
MARAIAL/PERNAMBUCO/BRASIL

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL DE MARAIAL

Suplente: DANIELLE RUANO FERNANDES MAYORINI

Tel/Fax: 1994 3683-1294

CPF: 29.177.696/0001-00, End.: Rua Dr. José B.

nº 165, Centro - Maraial - PE, CEP: 55.405

AUTENTICAÇÃO: Certifico que a presente autentica

reprodução fiel do original que me foi apressen

Glauce de Barros Lima Corrêa, escrevente autônoma

Selo: 0077111, JMS04201802, 00266 09/05/2018 15:48:0

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/FOLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPre

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO SILVA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD7881 (PERNAMBUCO/MARAIAL)** Renavam: **274417488** Chassi: **9C2JC4119ER314487**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **GASOL/ONV**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA 81ª CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL DE MARAIAL-PE A VÍTIMA AFIRMADO QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA NESTE BOE SENTIDO CENTRO RUA DA AREIA NESTA CIDADE TENDO SIDO SURPREENDIDO POR CONDUCTOR DE IDENTIDADE DESCONHECIDO O QUAL COLIDIU NO VEÍCULO DA VÍTIMA CAUSANDO DANOS A SUA INTEGRIDADE FÍSICA SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO A UNIDADE DE SAÚDE LOCAL DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECIFE-PE CONFORME A FICHA DE ESCLARECIMENTO DATADA DE 11/04/2018, Nº ATENDIMENTO 955661. AS TESTEMUNHAS ARROLADAS CONFIRMAM A VERACIDADE DA INFRAÇÃO DE TRÂNSITO.

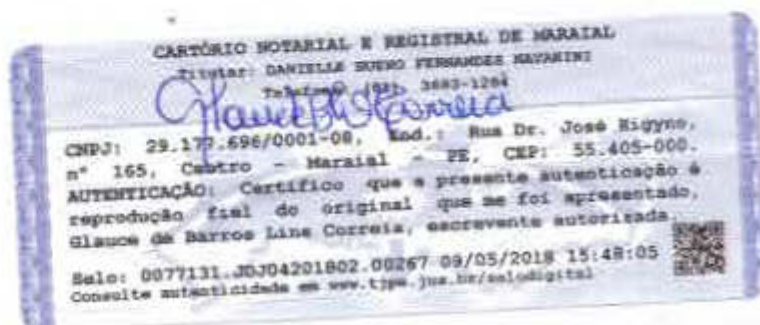
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Eduardo Silva dos Santos
EDUARDO SILVA DOS SANTOS
(VÍTIMA)

Josef Lucio Nascimento Silva
JOSEF LUCIO NASCIMENTO SILVA
(TESTEMUNHA)

Romero Ferreira da Silva
ROMERO FERREIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

Stenio Rodrigues de Melo
B.O. registrado por: **JUCÉLIO RODRIGUES DE MELO** - Matrícula: **152472-8**



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 115.847.494-66 Nome completo da vítima: EDUARDO SILVA DOS SANTOS

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

Nome completo: EDUARDO SILVA DOS SANTOS CPF: 115.847.494-66

Profissão: ABRICULTOR Endereço: SITIO POSTO DE MONTA Número: 27 Complemento: _____

Bairro: MARAIAL Cidade: MARAIAL Estado: PE CEP: 55.405.000

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9.8488.7131

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

RENTA MENSAL:

☒ RECLUSO 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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 85141 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 requerer 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 5.194/74, 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 nascer(a) filho(s)? ☐ 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: BLINDA, 20 DE MAIO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eduardo Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

Data do Atendimento: 11/04/2018 Hora: 12:40:45 PRONTUÁRIO 231320
 No. Atendimento: 721257 Urgência / Emergência Colaborador: ERICKSON
 Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA CIRURGIA GERAL CNS: 706200582319864

Nome: EDUARDO SILVA DOS SANTOS Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 15/01/1995 Idade: 23 Anos, 2 Meses e 27 Dias C.I.:
 Pais ou responsáveis: SEVERINA CLEMENTE DA SILVA / CICERO BERNARDO DOS SANTOS
 Endereço: SÍTIO POSTO DE MOTA - ZONA RURAL - 55405000
 Cidade: MARAIAL Tel.: Hora do Atendimento: / Hs.

Queixa Principal:

Paciente chega de acidente de moto / trauma
 de cabeça, nariz fraturado e machucado

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pervia? SIM ☒ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐ Temperatura: °

B: Respiratório:

C: Circulatório:

NDV

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSC ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisocônicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: 15 Hora: Score: Hora: Score: Hora:

E: Abdomen:

NDV

Diagnóstico Inicial:

Pol. Trauma

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

① TRC de Gault: fratura de ossos nasal e maxilar ②
 ② Ao BMF

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

PACIENTE CHEGA NO SERVIÇO TRAZIDO DE MARAIAL REFERINDO DORSE EM FACE POR CONTA DE UMA QUEÇA DE MOTO

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Evolução de Enfermagem



* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
 * Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 15.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SILVANA SILVA SANTOS

CPF: 085.478.024-29 NIS: 16615841704

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SE POSTO DE MONTA 27

MARAJÁ/MARAJÁ

55405-000 MARAJÁ PE

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

DATA DE VENCIMENTO
24/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
71,72

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
17/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
17/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
062447851

CONTA CONTRATO
007011652624

Nº DO CLIENTE
2002228734

Nº DA INSTALAÇÃO
2006637062

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
8362.47D7.8B3F.33EC.1EFC.F88F.6933.1214

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,26394473	7,91
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,46247679	31,57
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	82,00	0,67871656	55,69
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,78
Contrib. Bum. Pública Municipal			1,00
ICMS_Subsunção Baixa Renda			1,04
Compensação DIC Trimestral 01/19			3,92
Compensação DMC 02/19			3,95
TOTAL DA FATURA			71,72

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh: 0,19971206	MAR 19 157
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,32081380	ABR 19 157
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 0,46641529	MAR 19 205
	FEV 19 155
	JAN 19 139
	DEZ 18 147
	NOV 18 142
	OUT 18 134
	SET 18 94
	AGO 18 95
	JUL 18 89
	JUN 18 110
	MAY 18 122

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
75,65	35,00	18,91	75,65	1,10	0,87	75,65	5,37	4,06

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
mar/2019					
DIC-Horas de falta sem Energia		0,54	0,91	11,80	23,84
FIC-Horas de falta sem Energia		1,00	2,35	5,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,54	3,44	3,35	6,80
DICR-Duração de interrupção em alta crítica					
			Limite DICR: 12,20		
EISD-Autor de Emergência de Uso = R\$ 25,91					
Toda Consumidora pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
880060882121834927	CAT	17/04/2019 7.717,00	17/05/2019 7.889,89	30	1,8888	3,06	192,89

DATA PRÓXIMA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/06/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Auxiliadora regina alves de al: av. salveador teixeira centro / kelly
melo: r. amary correira 12 central: data completa em www.celpe.com.br

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br

A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 6,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 45,28.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007011652624	05/2019	71,72	24/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 717200110070 011652624109 140227380830



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www1.susep.gov.br/918/NOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=19638>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte 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, PRIVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE. 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 6.132/98.

Pelo exposto, eu Alcione Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eduardo Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.844.494 / 66

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da vítima Eduardo Silva dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.844.494 / 66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA - ME Renda: RECUSA - ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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>Av. Prof. Agamenon Magalhães</u>	Número: <u>473</u>	Complemento:
Bairro: <u>Vila Popular</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>53.230-010</u>	Tel. (DDD): <u>(081) 98488-7131</u>

Local e Data: Olinda, 11 de setembro de 2019.

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante