

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

KAUANY NERES DA SILVA

CPF da Vítima

Data do Acidente

30/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

SILVINO LAERCIO DA SILVA

CPF do Representante legal

041 32860421

Email

Telefone (DDD)

8198405-1529

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E F

26 FEV 2018

PROTOCOLO

JABOATÃO, 19 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

SILVINO LAERCIO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE JABOATÃO DISTRITO DE MURIBECA DOS GUARARAPES

NASCIMENTO Nº 25.214

Angela da Cunha e Souza

Oficial do Registro Civil

Jozinar Oliveira de Souza

Substituta

Rua Paes Leme, 54 - CEP.: 54.315-441 - Fone. 3461.1048 - Porta Larga - Prazeres - PE

CERTIFICO, QUE ÀS FOLHAS 298 DO LIVRO Nº 114 DO REGISTRO DE NASCIMENTO FOI FEITO HOJE O ASSENTO DE KENNEDY SOUZA DA SILVA

NASCID AOS 25 DE MARÇO DE 2004

ÀS 07 HORAS 52 minutos

EM Hospital e Policlínica de Jaboatão dos Guararapes PE

DO SEXO FEMININO

NATURAL desta cidade

E DE DONA Maria da Conceição da Silva

NATURAL desta cidade

SÃO ANOS PATERNOS 45

E DONA 45

SÃO AVÓS MATERNOS 70

E DONA 70

FOI DECLARANTE 1

E SERVIRAM DE TESTEMUNHAS 2

OBSERVAÇÕES

COMPREV SEGUROS E P

26 FEV 2018

PROTO 110

Válido somente com selo de autenticidade e localização

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ

PRAZERES, 26 DE ABRIL DE 2004



Angela da Cunha e Souza

Oficial do Registro Civil

CARTORE SE

Angela da Cunha e Souza

Oficial do Registro Civil e Tabelião de Notas

2ª via gratuita



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

KAUANY NERIS DA SILVA

CPF

SEM INFORMAÇÃO

MATRÍCULA:

077180 01 55 2004 1 00175 248 0205976 85

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Cinco de março de dois mil e quatro.

DIA

05

MÊS

03

ANO

2004

HORA DE NASCIMENTO

07h50min

NATURALIDADE

Jaboatão dos Guararapes-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Jaboatão dos Guararapes - ESTADO DE PERNAMBUCO

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres,
Jaboatão dos Guararapes-PE, Jaboatão dos
Guararapes-PE

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

SILVINO LAERCIO DA SILVA e MAGNA MARIA BARBOSA NERES

AVÓS

LAERCIO SEVERINO DA SILVA e JOSEFA MARIA DA SILVA (paternos) e LUIZ FELIPE NERES e MARIA DUCILENE BARBOSA NERES (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não consta

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Seis de abril de dois mil e quatro.

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

Não informado.

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Ato registrado no livro A-175, às folhas 248v, sob o nº 205976. Data do registro: 6 de abril de 2004. Data de nascimento da registrada: 5 de março de 2004. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

Nada consta.

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do oficial

Cartório do Registro Civil e Tabelionato de Notas do 2º distrito - Prazeres

Oficial registrador

Angela da Cunha e Souza

Município/UF

Jaboatão dos Guararapes/PE

Endereço

Rua Professor Paes Leme, 54

SELODIGITAL nº 0077180.DFX06201803.00095

Emolumentos R\$ 0,00 Ferc R\$ 0,00 Taxa R\$ 0,00 Ise R\$ 0,00 Total R\$ 0,00

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Jaboatão dos Guararapes, 8 de junho de 2018.

Oficial

Cartório Registro Civil
2º Distrito de Jaboatão
Angela da Cunha e Souza
2018.06

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

19 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

504810



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000106 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). SILVINO LAERCIO DA SILVA, 41 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 2037301, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 041.528.604-21, residente à RUA VERBENA, nº 140, JARDIM MURIBECA, JABOATAO DOS GUARARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/12/2017, por volta das 11:05 hs, no endereço: PE 17, S/N, MURIBECA JABOATÃO DOS GUARARAPES-S/N, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BROS, PRETA, KGE6161-PE; AUTOMÓVEL HB20 S, BRANCO, PGT1314-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) KAUANE NERES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº e Registro Geral °, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710348-4 L. SILVA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 101116. Ficou aos cuidados do médico REINALDO, registro 14861. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 02/02/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000106

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: 28/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVINO LAERCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03015

CONTA: 000000013959-0

Nr. da Autenticação BC9D595D2905961F

HiperCard

0004467



CTC RECIFE PE PLS

PC -07

SILVINO LAERCIO DA SILVA

R VERBENIA 140 CS

PX AO MERCADO

MURIBECA

54352-320

JABOATAO DOS GU PE



Postagem: 03/08/2016

Vencimento: 17/08/2016

Emissão: 01/08/2016

321101423010575000004407410 030816

Fechamento próxima fatura: 12/09/2016

Resumo da fatura em R\$

| | |
|--|--------|
| Total da fatura anterior | 234,81 |
| ② Pagamentos efetuados | 0,00 |
| ③ Saldo financiado | 234,81 |
| ④ Encargos (financiamento + moratório) | 40,88 |
| ⑤ Lançamentos atuais | - 0,53 |
| ⑥ Total desta fatura | 275,16 |

Titular **SILVINO LAERCIO DA SILVA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.8895**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

17/08/2016

pagamento total R\$

275,16

pgto. mínimo R\$

53,34

parcelamento R\$
sem seguro

Não Disponível

parcelamento R\$
com seguro

Não Disponível

Vide folha explicativa



Facilite sua vida.

Deixe de acumular papel.
Mude já! Cadastre-se na
Fatura Digital pelo 3003-3030
e receba alertas
via e-mail e SMS.

Limites de crédito R\$

| | |
|----------------------------------|--------|
| Limite total de crédito | 280,00 |
| Limite utilizado no mês | 245,99 |
| Limite de crédito parcelado | 420,00 |
| Retirada de recursos País(saque) | 50,00 |

Lançamentos: compras e saques

SILVINO L SILVA (final 8895)

| DATA | ESTABELECIMENTO | VALOR EM R\$ |
|-------|--------------------------|--------------|
| 30/04 | FERREIRA COSTA 04/08 | 40,21 |
| 08/07 | FARMACIA ESPERANCA 01/02 | 23,25 |

Lançamentos no cartão (final 8895) 63,46

Lançamentos: produtos e serviços

| DATA | PRODUTOS/ SERVIÇOS | VALOR EM R\$ |
|-------|---------------------|--------------|
| 21/07 | EST SEG PROTECAO AP | - 10,85 |
| 21/07 | EST SEG PROTECAO AP | - 10,85 |
| 21/07 | EST SEG PROTECAO AP | - 10,85 |

Continua...



Compra presencial

cartão de crédito com chip e
senha pessoal intransferível.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

Endereço do Beneficiário

34191.75363 77490.242045 00173.090002 7 000

00136774902/0180587

SILVINO LAERCIO DA SILVA - 041.528.604-21

HiperCard Banco Itaú S.A. - 01.012.230/0001-40

Av. Paulista, 251, 1º a. Górgias, Recife - PE

Número

Valor do documento

Vencimento

recibo do pagador

175/36774903-4

R\$ 275,16

17/08/2016

Autenticação Mecânica

COMPROVANTE

26 FEV 2016

PROV. 110

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SILVINO LAERCIO DA SILVA,

RG nº 2037301, data de expedição / / ,

Órgão , portador do CPF nº 042.328.604-21, com domicílio na cidade de JABOATÃO, no Estado de PE,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA VERBENIA, nº 40,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima KATLYN NERES DA SILVA, cujo o condutor era SILVINO LAERCIO DA SILVA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA NXR 150
Ano: 2013
Placa: KGE 6161
Chassi: 9C2KD054DR L40072
Data do Acidente: 30/12/2017
Local e Data: JABOATÃO 15/02/2018

2º OFÍCIO

Silvino Laercio da Silva
Assinatura do Declarante

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

2º CARTÓRIO DE NOTAS
E PROTESTOS

864 NELSON CALVÃO FILHO - Tórculo em exercício
Rua Aarão Lima de Andrade, 280 - Pedreira
Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54400-200
Tel.: 071 3341-5353

Reconheço, por Autenticidade a firma de: SILVINO LAERCIO DA SILVA - Dou fé em 15/02/18 11:39:51 em testemunho da verdade. KATLYN EDUARDA COUTINHO DE MELLO - Escrevente
Emp: R\$ 3,99 TSNR R\$ 0,80 Total R\$ 4,79. Valor Digital: 0074914.DEB02201801.01932. Consulte autenticidade em: <http://tpe-jaboatão.pe.gov.br/autenticidade/>



COMPREV SECURIS E

26 FEV 2018

PROT. DO



GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: Karany Reis da Silva Reg: 191116

Idade: Data de Admissão: / /

HISTÓRIA CLÍNICA:

Gradiente motor plástica com triângulo no mma D e mma D
Deixou a palpção da cava D.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Raio x + TAC de crânio

HD: Fratura de fragma de forame D

PRESCRIÇÃO ATUAL:

Analgesia

TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA: HOF

SUA: 5320167

DATA: 30 / 10 / 12 HORA: 15:00

Vinicius S. Couto
Médico
CRM 25592 PE

Médico/CRM

COMPREV SEGUROS E F

26 FEV 2018

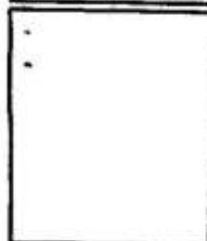
PROTO 100

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

30/12/2017 16:26



Nome Paciente: KAUANY NERIS DA SILVA
Cód. Paciente: 1049217
Data de Nascimento: 05/03/2004
Sexo: ~~Masculino~~ Feminino
Idade: 13
Senha: EA0015
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 719874



30/12/2017 16:26 - ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO - COREN: 79740 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:



Cor:



AMARELO

Queixa Principal:

PROCEDENTE DO HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA. HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HOJE.
NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Observação:

-

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

COMPREV SEGUROS E F

26 FEV 2018

PROT. 210

Acolhido(a) por: ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO

Data: 30/12/2017 16:26



Hospital Otávio de Freitas

Nome:
KAUANY NERIS DA SILVA

Sexo:
FEMININO

Mãe:

MAGNA MARIA BARBOSA NERIS

Endereço:

RUA VERBENA, N.º 140 - ; BAIRRO: MURIBECA - CIDADE: JABOATAO DOS
GUARARAPES - UF: PE

Idade:
13 Anos 9 Meses 25 Dias

Contatos:
81. 85998483 | Celular: 81.

Nasc.
05/03/2004

Local do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 30/12/2017 16:13

Prontuário: 1049217

Nº. Atendimento: 719874

Serviço: ORTOP. E

Enfermaria/Letto:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

dor em MIDireito.

História Clínica

acidente de moto há 08 horas, refere desmaio (avaliada no HDOM helder - fez TAC de crânio, foi transferida para o HOF depois). Nega cefaléia, cervicálgia, vômito ou náusea. Refere dor em coxa direita, perna direita. braço esquerdo e direito

Exame Físico

dor + deformidade.

Observações

Conduta

Solicito radiografia do ombro esquerdo e braço esquerdo.

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA - CRM: Nº.61044

COMPREV SEGUROS E.P.

26 FEV 2018

PROTOCOLO

Dr. Eduardo Caraciolo
Médico - Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19980 TEOT 14142



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

| | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------|
| NOME DO PACIENTE: KAUANNY DA SILVA | | Nº DO REGISTRO: 1049217 |
| CLÍNICO: ORTOPEDISTA | | Nº DO LEITO: 42-01 |
| OPERADOR: DR MARCO LIMA | | |
| 1º ASSISTENTE: DR RENATO | 2º ASSISTENTE: DR TULIO/ DR JORGE | |
| INSTRUMENTADOR: | ANESTESISTA: DR ROBERTA | |
| ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA | DURAÇÃO: | |
| DATA DA OPERAÇÃO: 11/01/18 | INÍCIO: | FIM: |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FEMUR DIREITO | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO | | |
| OPERAÇÃO PROPOSTA: RETIRADA DE FIO TRANSOSSEO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR + RADIOSCOPIA | | |
| OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA | | |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. RETIRADA DE FIO TRANS OSSEO
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
5. INCISÃO LATERAL EM COXA DIREITA + DIVULSÃO POR PLANOS
6. REDUÇÃO DE FRATURA DE FEMUR + FIXAÇÃO COM PLACA DCP + PARAFUSOS CORTICAIS
7. CONFIRMAÇÃO DE REDUÇÃO POR RADIOSCOPIA TRANSOPERATORIA
8. LIMPEZA COM SF0,9%
9. SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO

| | |
|------------|--|
| EMPRESA: | MATERIAL USADO: |
| ORTOMEDICA | 01 PLACA 4,5 DCP 08 PARAFUSOS CORTICAIS |



Lucas Severo
Médico
CRM-PE 25.317

LADO MÉDICO

Paciente KAVANY NERIS DA SILVA, vítima de acidente de trânsito em 30/12/17 seguido B.O da PM 32266/17

Sofreu fratura do fêmur direito; foi tratada cirurgicamente (OSTEOSÍNTESE C/ PLACA + colocação de 08 PARAFUSOS CORTICIS)

A lesão evolui com sequelas DEFINITIVAS

- Deformidade anômala
- Desestabilização distal + encurtamento do M.D

Comprometimento de aproximadamente 70% no comprimento de flexão - extensão do joelho D

CID 10 S72.3

Alta Ambulatorial Definitiva

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.876.334-04

02/07/18

| | | |
|---|-------------|------------------------------------|
|  COMPREV CONFIRMAÇÃO DE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA | 04 JUL 2018 | PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE |
| | | |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE JABOATÃO DISTRITO DE MURIBECA DOS GUARARAPES

NASCIMENTO Nº 25.214

Angela da Cunha e Souza

Oficial do Registro Civil

Jozinar Oliveira de Souza

Substituta

Rua Paes Leme, 54 - CEP.: 54.315-441 - Fone. 3461.1048 - Porta Larga - Prazeres - PE

CERTIFICO, QUE ÀS FOLHAS 298 DO LIVRO Nº 114 DO REGISTRO DE NASCIMENTO FOI FEITO HOJE O ASSENTO DE KENNEDY SOUZA DA SILVA

NASCID AOS 03 DE MARÇO DE 2004

ÀS 07 HORAS 52 minutos

EM Hospital e Policlínica de Jaboatão dos Guararapes PE

TO SEXO Masculino

NATURAL Desta Estado

E DE DONA Maria da Conceição da Silva

NATURAL Desta Estado

SÃO ANOS PATERNOS 44 anos

E DONA 44 anos

SÃO AVÓS MATERNOS 80 anos

E DONA 80 anos

FOI DECLARANTE 44 anos

E SERVIRAM DE TESTEMUNHAS 44 anos

OBSERVAÇÕES

Válido somente com selo de autenticidade e localização

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ

PRAZERES, 26 DE ABRIL DE 2004

Oficial do Registro Civil

CARTORE SE

Angela da Cunha e Souza

Oficial do Registro Civil e Tabelião de Jaboatão dos Guararapes

VALIDA EM TODOS
OS ESTADOS DO BRASIL

1020147490

PROVIDOR PLASTIFICAR

1020147490

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

NOME
SILVINO LAERCIO DA SILVA



DOC. IDENTIFIC. DO EMISSOR / UF
2637361 SDH PE

CPF
041.528.604-21

DATA NASCIMENTO
12/07/1976

FLACAO
JOSEFA MARIA DA SILVA

JOSEFA MARIA DA SILVA

FUNDACAO

ACC

CAT. HSB

AB

VEICULO
05951834884

VALIDADE
03/07/2018

RENOVACAO
08/12/2013

OBSERVAÇÕES
EMPREGO ALIV Remunerada

Silvano Laercio da Silva

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO
09/02/2015

[Signature]

48016069051
PE064739542

DETRAN - PERNAMBUCO

COMPREV SEGUROS E

26 FEV 2018

PROTOCOLO

CONTRAN

DE NATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

013711293424

DETALHES DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

551073061

2017

SIDNEI APARECIDO ESTEVAM ROSA

JAB GUARARAPES-PE

052.745.944-30

RGE6161

9C2K00540DR190072

PAS MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

2013

2013

HONDA/NXR150 BRO3 ESD

PARTIC

FRETA

2P/149CL

IPVA 2017 QUITADO

A 1

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

[Handwritten signature]

JAB GUARARAPES-PE

Ribeiro

11/08/17

PE Nº 013711293424

SIDNEI APARECIDO ESTEVAM ROSA

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO PRIVAT
PARA TAMBÉM INSCRIÇÃO, LEIA NO VESSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

SEGUROADORA LIDER - CPVAT

JAB GUARARAPES-PE

2017

052.745.944-30

RGE6161

551073061

HONDA/NXR150 BRO3 ESD

2013

09

9C2K00540DR190072

PREMIO TAPAFARRO

SEGUROADORA LIDER - CPVAT

CNPJ: 16.128.000/0001-01

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE VAP
FIM NÃO PDE PODER ORIENTAÇÃO

26 FEV 2019

PRO: PLO



Seguradora Líder - DPVAT

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

IDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

() CARTERÁ DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERÁ DE TRABALHO OU CARTERÁ NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTERÁ DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERÁ DE TRABALHO OU CARTERÁ NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

() CARTERÁ DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERÁ DE TRABALHO OU CARTERÁ NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRRIAS EM DEPENDÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTAIS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERÁ DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERÁ DE TRABALHO OU CARTERÁ NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE - R\$ 15.000,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.000,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURAMENTO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (DUZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS) POR ANO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DAS DESPESAS ACOMPANHADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO LISTADOS NESTE FOMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.SEGURADODOTRANSLISTO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS 0800 022 1104.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIO

DATA

MATR. CORREIOS

NOME

ASSINATURA

Jaboatão dos Guararapes,

Para: **Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT**

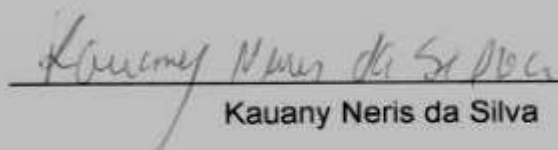
Prezado (a),

Venho por meio desta, solicitar uma reanálise do processo de sinistro nº 3180120703, pois o valor pago, a título de indenização, está em desacordo com a tabela SUSEP.

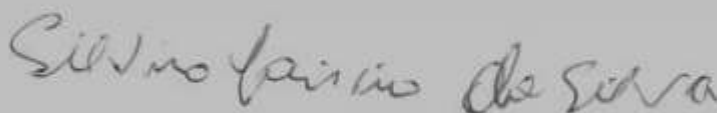
Sofri fratura no fêmur e, com base na tabela, a Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e inferiores cabe indenização no percentual de 70%, R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais), em observância ao art. 3º da Lei nº 6.194/74, com a nova redação dada pela Lei nº 11.482/2007.

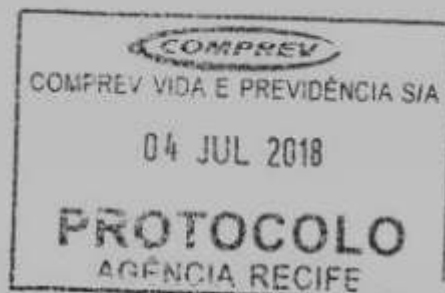
Solicito reagendamento de perícia médica, para dar continuidade ao processo.

Atenciosamente,



Kauany Neris da Silva

Contato:





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070628/18
Vítima: KAUANY NERIS DA SILVA
CPF: 041.528.604-21

CPF de: Representante

Data do Acidente: 30/12/2017
Titular do CPF: SILVINO LAERCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

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: 04/07/2018
Nome: SILVINO LAERCIO DA SILVA
CPF: 041.528.604-21

SILVINO LAERCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2018
Nome: EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO
CPF: 120.911.224-83

EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180120703 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAUANY NERIS DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: FRATURA DE FEMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: APRESENTA APÓS SEGUNDO PROCEDIMENTO, FRATURA CONSOLIDADA E IMPLANTE TÓPICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Galdino Leonardo

CRM do médico: 17727

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **SILVINO LAERCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180120703**

Vitima: **KAUANY NERIS DA SILVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180120703**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12527225



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **SILVINO LAERCIO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180120703**
Vitima: **KAUANY NERIS DA SILVA**
Data do Acidente: **30/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180120703**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **SILVINO LAERCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180120703**

Vitima: **KAUANY NERIS DA SILVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180120703**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Certidão de nascimento ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SILVINO LAERCIO DA SILVA**

Sinistro: **3180120703**

Vítima: **KAUANY NERIS DA SILVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180120703** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13051812

A/C: SILVINO LAERCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180120703
Vítima: KAUANY NERIS DA SILVA
Data do Acidente: 30/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **SILVINO LAERCIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003015**

Conta: **0000013959-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **SILVINO LAERCIO DA SILVA**

Sinistro: **3180120703**

Vítima: **KAUANY NERIS DA SILVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180120703** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **SILVINO LAERCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180120703**

Vitima: **KAUANY NERIS DA SILVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180120703**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

K

KAUANY NERES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|---------------------------|---|--|
| Nome completo SILVINO LAECIO DA SILVA | | CPF titular da conta 041.328.604-21 | Profissão PEDREIRO |
| Endereço RUA VERBENIA | | Número 140 | Complemento CASA |
| Bairro MURIBECA | Cidade JABOATÃO | Estado PE | CEP 54352-320 |
| Email | | | Telefone (DDD) 81 98405-1529 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

| | | | |
|--------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|
| AGÊNCIA NRO. 3015 | D/V 0 | CONTA NRO. 00013959 | D/V 0 |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

| | |
|--|-------------------------|
| BANCO Nome COMPREVE SEGUROS | NRO. 00013959 |
| AGÊNCIA NRO. 3015 | D/V 0 |
| (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JABOATÃO, 19 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Silvino Laécio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180120703
Nome do(a) Examinado(a): Kauany Neris da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Verbena, 140 Cs
Muribeca Jaboatao dos Guararapes PE CEP: 54352-320
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / PE] 205976
Data local do acidente: [30/12/2017]
Data local do exame: [26/06/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE FEMUR DIREITO

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

Tratamento: REALIZOU OSTEOSINTESE COM PLACA DCP E PARAFUSOS

Complicações: REFRATUROU POR QUEBRA DO MATERIAL DE SÍNTESE 30 DIAS APÓS A CIRURGIA. FOI REOPERADA.

Data da Alta: FEVEREIRO/2018

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

APRESENTA CICATRIZ EXTENSA NA COXA DIREITA DECORRENTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO, DEAMBULA COM LEVE "CLAUDICAÇÃO". APRESENTA AINDA LEVE HIPOTROFIA QUADRICIPITAL.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

LEVE ALTERAÇÃO NA MARCHA

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG
Dr. Galdino Leonardo
CRM/PE 17777 - TEST 13221

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



Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180120703
Nome do(a) Examinado(a): Kauany Neris da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Verbena, 140 Cs
Muribeca Jaboatao dos Guararapes PE CEP: 54352-320
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8321709
Data local do acidente: [30/12/2017]
Data local do exame: [19/07/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
CONTUSAO NO PE ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM BOTA GESSADA. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NAO HOUVE
Data da Alta: DEZEMBRO/DE 2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ADM DO PE E MARCHA SEM ALTERACOES.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>(X) "Sem sequela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Victor Ramires Reynaux Borba
 CPF - 038.972.994-27
CRM/PE - 21266



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

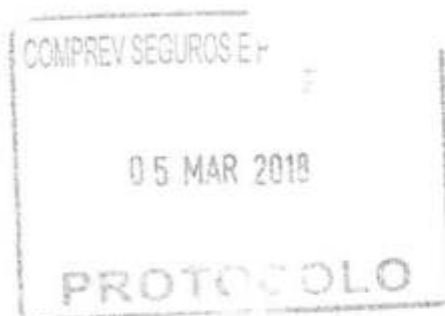


PROTOCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

| | | | |
|--|--------------------------|--|-------------------------|
| SEQUENCIAL: V1 | PLACA: PCK1234 | MARCA/MODELO: VW/GOLF | ANO FABRICAÇÃO: 2016 |
| SITUAÇÃO: Tracionador | | TIPO DE VEÍCULO: Automóvel | |
| CHASSI: 9BWAH7AU9H4000127 | RENAVAM: 01102896907 | PAÍS: BRASIL | |
| ESPECIE: Passageiro | CATEGORIA: Particular | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: OUTRAS AVARIAS SOFRIDAS PELO VEÍCULO: PARA-LAMAS DIANTEIRO DIREITO, CAPUT DIANTEIRO, PARA-CHOQUES DIANTEIRO, FAROL DIANTEIRO DIREITO. | | | |
| NOME DO PROPRIETÁRIO: ANA ELIZABETE DE MELO UCHOA | | CPF/CNPJ: 063.482.894-00 | |
| Dados de Endereço | | | |
| LOGRADOURO: RUA RUBENS MARTINS BERTA | | | NUMERO: 30 |
| COMPLEMENTO: LOT. STO INACIO | | BAIRRO: | |
| MUNICÍPIO/UF: IGARASSU/PE | | | |
| TELEFONE: | | EMAIL: | |
| Dados da Carga | | | |
| DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | |





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / PCK1234 / VW/GOLF | | ENVOLVIMENTO: Condutor |
| NOME: FERNANDO LEITE NETO | CPF: 108.408.924-62 | DATA DE NASCIMENTO: 26/11/1994 |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO: | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | SEXO: Masculino |
| ESTADO CIVIL: Não Informado | NOME DA MÃE: GERY MIRANDA DE ANDRADE | |

Dados de Endereço

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| LOGRADOURO: MANOEL BORBA | NÚMERO: 293 |
| COMPLEMENTO: CASA | BAIRRO: CENTRO |
| MUNICÍPIO/UF: ITAPISSUMA/PE | |
| TELEFONE: 81 9.8674-3463 | EMAIL: 05 MAR 2018 |

Dados da Habilitação

| | | |
|---|--------------------------------|------------------|
| HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional | PAÍS DA HABILITAÇÃO: | CATEGORIA: AB |
| MOTORISTA PROFISSIONAL: Não | Nº DO REGISTRO: 05910746959 | UF: PE |
| DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 21/10/2013 | VALIDADE DA CNH: 08/03/2018 | |
| OBSERVAÇÕES DA CNH: 15 | | |

Circunstâncias

| | |
|----------------------------------|---|
| ESTADO FÍSICO: Ileso | USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim |
| USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL |

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim | RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L | RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não |
| DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: | | |
| VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não | SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não | |

Encaminhamento

| | |
|--|------------------------------------|
| MOTIVO: Crime | TIPO DE RECEPTOR: Polícia Civil |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: ENVOLVIDO PERMANECERU NO LOCAL DA OCORRÊNCIA A CHEGADA DA POLÍCIA, SENDO POSTERIORMENTE CONDUZIDO POR UMA EQUIPE DE POLICIAIS CIVIS PARA PRESTAR ESCLARECIMENTOS ACERCA DO ACIDENTE NA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PAULISTA/PE. | |

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ADELINO NETO, MATRÍCULA 1069484

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 16/01/2018 17:47

NÚMERO DE CONTROLE: 8B917F2B68CF0F555F8F0BADF3EB22

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003063B01

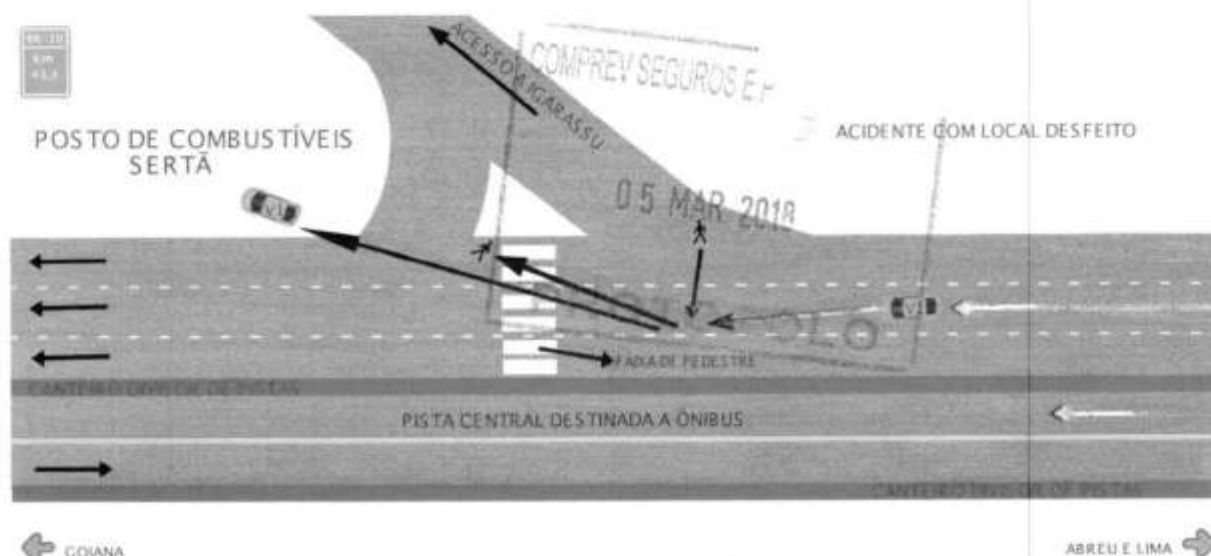
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

| Ordem | Tipo de Evento | Veículos Envolvidos |
|-------|---------------------------|---------------------|
| 1 | Atropelamento de Pedestre | V1 |

Croqui



Amarração - Não realizada

Narrativa

CONFORME AVERIGUAÇÕES REALIZADAS NO LOCAL DO ACIDENTE, KM: 43,3 DA RODOVIA BR 101, MUNICÍPIO DE IGARASSU/PE, SENTIDO ABREU E LIMA/PE - GOIANA/PE, FOI CONSTATADO ATRAVÉS DE VESTÍGIOS, CORROBORADOS POR DECLARAÇÃO VERBAL DO CONDUTOR DO V1 E INFORMES DE POPULARES NO LOCAL, QUE O V1, AUTOMÓVEL DE MARCA/MODELO: VW/GOLF, PLACAS: PCK-1234/PE, TRAFEGAVA NA FAIXA CENTRAL DA RODOVIA BR 101, QUANDO UM PEDESTRE AO TENTAR REALIZAR A TRAVESSIA TRANSVERSAL DA RODOVIA, SENTIDO DA DIREITA PARA A ESQUERDA, FOI ATROPELADO PELO V1 QUE NÃO CONSEGUIU DESVIAR. OBS1: O CONDUTOR DO V1, FERNANDO LEITE NETO, PERMANECERAM NO LOCAL DA OCORRÊNCIA ATÉ A CHEGADA DA POLÍCIA, SENDO O MESMO CONDUZIDO POSTERIORMENTE POR UMA EQUIPE DE POLICIAIS CIVIS ATÉ A DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PAULISTA/PE PARA PRESTAR ESCLARECIMENTOS ACERCA DO FATO. OBS2: O CONDUTOR DO V1 INFORMOU QUE, APÓS O ATROPELAMENTO DO PEDESTRE, O MESMO CAIU SOBRE A RODOVIA E, ATO CONTÍNUO, UM VEÍCULO DE CARGA TERIA ATROPELADO NOVAMENTE O PEDESTRE. O SUPOSTO VEÍCULO DE CARGA NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, COMO TAMBÉM, NÃO FOI POSSÍVEL A SUA IDENTIFICAÇÃO PELA POLÍCIA. OBS3: APÓS O ATROPELAMENTO DO PEDESTRE, O V1 PROSSEGUIU POR ALGUNS METROS VINDO A ATINGIR A POSIÇÃO DE REPOUSO NA PÁTIO DE UM POSTO DE COMBUSTÍVEIS (POSTO SERTÃO). DESTARTE, PELA NÃO PRESERVAÇÃO DO SÍTIO DO LOCAL DO ACIDENTE, NÃO FOI REALIZADA AMARRAÇÃO.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

| | | |
|---|-------------|--------------------------------|
| POLICIAL/MATRÍCULA: ADELINO NETO/1069464 | | DATA/HORA: 13/01/2018 09:30 |
| Na Rodovia | | |
| MUNICÍPIO/UF: IGARASSU/PE | | |
| BR: 101 | KM: 43.3 | SENTIDO: Decrescente |
| DESCRIPTIVO DO LOCAL: | | |

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| FASE DO DIA: Pleno dia | CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Sol | |
| TIPO DE VIA: Principal | TIPO DE PISTA: Múltipla | CONDIÇÃO DE PISTA: Seca |
| TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto | ESTRUTURA VIÁRIA: Reta | |
| LOCALIDADE URBANIZADA: Não | EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Não | EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim |

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

Polícia Civil

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PAULISTA - COMISSÁRIO WENDELL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

CONFORME INFORMAÇÕES DA POLÍCIA CIVIL, COMPARECEU AO LOCAL DO ACIDENTE O PERITO ANDRÉ BEZERRA DO AMARAL, MATRÍCULA: 212335-5.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ADELINO NETO, MATRÍCULA 1069464

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 16/01/2018 17:47

NÚMERO DE CONTROLE: 8B917F2B68CF0F555F8FDBADF3EB22

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

REALIZADO TESTE Nº 4854 NO ETILÔMETRO SN: 086724.

ENVOLVIDO INFORMOU O SEGUINTE ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA RUBENS MARTINS BERTA, 30, CAMPINA DA FEIRA, IGARASSU/PE.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

| | | |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: | | ENVOLVIMENTO: |
| | | Pedestre |
| NOME: | CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| SEVERINO ALVES DA SILVA | 166.009.164-00 | 20/12/1935 |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO: | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | SEXO: |
| | | Masculino |
| ESTADO CIVIL: | NOME DA MÃE: | |
| | MARIA FELICIA DA CONCEICAO | |

Dados de Endereço

| | |
|---------------|---------|
| LOGRADOURO: | NÚMERO: |
| | |
| COMPLEMENTO: | BAIRRO: |
| | |
| MUNICÍPIO/UF: | |
| | |
| TELEFONE: | EMAIL: |
| | |

Circunstâncias

| | |
|-----------------|--|
| ESTADO FÍSICO: | USAVA CINTO DE SEGURANÇA: |
| Morto | |
| USAVA CAPACETE: | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: |
| | |

Encaminhamento

| | |
|---|-------------------|
| MOTIVO: | TIPO DE RECEPTOR: |
| Outros | IML ou DML |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: | |
| ENVOLVIDO REMOVIDO PELO IML APÓS PERÍCIA REALIZADA PELO PERITO ANDRÉ AMARAL, MATRÍCULA: 212335-5. | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: | |
| | |





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / PCK1234 / VW/GOLF

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

ADELINO NETO/1069464

NÚMERO DO BAT:

18003063B01

DATA/HORA:

13/01/2018 09:30

| Item | Descrição do Item | Item danificado no acidente | | |
|------|--|-----------------------------|-----|----|
| | | SIM | NÃO | NA |
| 1 | Painel corta-fogo | | X | |
| 2 | Longarina dianteira esquerda | | X | |
| 3 | Caixa de roda dianteira esquerda | | X | |
| 4 | Estrutura da soleira esquerda | | X | |
| 5 | Air Bags Frontais | | X | |
| 6 | Air Bags Laterais | | X | |
| 7 | Estrutura da coluna dianteira esquerda | | X | |
| 8 | Estrutura da coluna central esquerda | | X | |
| 9 | Estrutura da coluna traseira esquerda | | X | |
| 10 | Caixa de roda traseira esquerda | | X | |
| 11 | Assoalho central esquerdo | | X | |
| 12 | Longarina traseira esquerda | | X | |
| 13 | Assoalho portamalas ou caçamba | | X | |
| 14 | Longarina traseira direita | | X | |
| 15 | Caixa de roda traseira direita | | X | |
| 16 | Estrutura da coluna traseira direita | | X | |
| 17 | Estrutura da soleira direita | | X | |
| 18 | Estrutura da coluna central direita | | X | |
| 19 | Estrutura da coluna dianteira direita | | X | |
| 20 | Assoalho central direito | | X | |
| 21 | Caixa de roda dianteira direita | X | | |
| 22 | Longarina dianteira direita | | X | |

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ADELINO NETO, MATRÍCULA 1069464

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 16/01/2018 17:47

NÚMERO DE CONTROLE: 8B917F2B68CF0F555F8FDBADF3EB22

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 8



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
J-2266/17



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



SD PM - TÁRRE
NOTICIA - 115222-9
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------|-----------------|------------|---------------|-------|
| Município | JABOATÃO DOS GUARARAPES | Rodovia | PE-017 | Km | |
| Ponto de Referência | TREVO DE ACESSO | Data | 30/12/2017 | | |
| Dia da Semana | SABADO | HORA/OCORRÊNCIA | 11:00 | Hora/Cheg./Pr | 11:20 |

II - TIPO DE ACIDENTE

| ATROPELAMENTO | ABALROAMENTO | COLISÃO | CHOQUE | CAPOTAMENTO |
|---------------|--|----------|----------------|----------------|
| Pedestre | Longitudinal <input checked="" type="checkbox"/> | Frontal | Poste, Árvore | Tombamento |
| Animal | Transversal | Traseira | Muro, Casa | Saída da Pista |
| | | | Veículo Parado | Outros |

III - CONSEQUÊNCIA

| | | | | | |
|---------------------------------|------------|--------|--------|-----------|----------|
| SEM VITIMA | COM VITIMA | X | MORTOS | FERIDOS | X |
| Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE | - | IDENT. | 02 | NÃO IDENT | TOTAL 02 |

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

| ACID. VERIFICADO | CONDIÇÕES/VIA | CONDIÇÕES/TEMPO | PERÍODO/DIA | SEMÁFORO |
|--|--|---|---|--|
| Longo da Via <input checked="" type="checkbox"/> | Seca <input checked="" type="checkbox"/> | Bom <input checked="" type="checkbox"/> | Manhã <input checked="" type="checkbox"/> | S/Defeito |
| Cruzamento | Molhada | Chuva | Tarde | C/Defeito |
| Outros | Enlameada | Neblina | Noite | Desligado |
| | Oleada | Garoa | Madrugada | N/Existe <input checked="" type="checkbox"/> |

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

| Policial | Placa "Pare" | MÃO DE DIREÇÃO | DIVISÃO DA VIA |
|-------------|--------------------|---|--|
| F. Pedestre | Placa "Dê a Pref." | Única | Faixa Contínua |
| F. Retenção | Não há Placas | Dupla <input checked="" type="checkbox"/> | Canteiro Central |
| | | | Blocos |
| | | | Outros <input checked="" type="checkbox"/> |

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

| EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2 | COMPORTAMENTO - VI/V2 |
|---------------------------------------|---|
| Realizado no Local | Permaneceu no local <input checked="" type="checkbox"/> |
| Enc. Para Exame | Socorrido <input checked="" type="checkbox"/> |
| Não foi Realizado | Evadiu-se |

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

| | |
|----------------------|--------------------|
| Proprietário | Tomou Conhecimento |
| Natureza das Avarias | 25 FEV 2018 |

2002 matrícula go 10R9S

VIII - VEÍCULOS

| QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2 | | ESPÉCIE - VI/V2 | | CATEGORIA - VI/V2 | |
|--------------------------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|
| Automotor | VI/V2 | Passageiro | VI/V2 | Oficial | |
| De Propulsão Humana | | Carga | | Particular | VI/V2 |
| De tração animal | | Misto | | Aluguel | |

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

| | | | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------|---------------|--------|-----------|----------|-----------------------------|------------|-------------|--------|
| VEÍCULO - 01 | | | | | | | | | | |
| Marca | HYUNDAI | Modelo | HB 20S | Ano | 2013 | Renavam | 571404073 | Placa | PGT-1314 | |
| Município | JABOATAO | | Nº do Chassis | | - | | Veículo de Carga nº de Eixo | | | |
| Carregado | | | Apreendido | | | | Liberado | X | Evadiu - se | |
| Proprietário | EDVALDO CUSTODIO DE LIMA | | | | | | | | | |
| Residência | AV DOS GUARARAPES, 912 | | | | | | | | | |
| Município | JABOATAO | | Rg. | 906557 | Org. Exp. | SDS PE | Bairro | PRAZERES | | |
| Condutor | EDVALDO CUSTODIO DE LIMA | | | | | | | | | |
| Residência | AV DOS GUARARAPES, 912 | | | | | | | | | |
| Município | JABOATAO | | Rg. | 906557 | Org. Exp. | SDS PE | Bairro | PRAZERES | | |
| CNH/Pront./ Nº | 02783504806 | | Categoria | | B | Validade | | 05/03/2018 | Hora/Dir. | 20 MIN |
| VEÍCULO - 02 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------------------|---------------|---------|------------------|----------|----------|-----------------------------|-----------------|-----------|--|---|
| VEÍCULO – 02 | | | | | | | | | | | |
| Marca | HONDA | Modelo | NXR 150 | Ano | 2013 | Renavam | 551073861 | Placa | KGE-6161 | | |
| Município | JABOATAO | Nº do Chassis | | 9C2KD054DR140072 | | | Veiculo de Carga nº de Eixo | | | | |
| Carregado | | Apreendido | | | Liberado | | X | Evadiu – se | | | |
| Proprietário | SIDNEI APARECIDO ESTEVAM ROSA | | | | | | | | | | |
| Residência | | | | | | | | | | | |
| Município | JABOATAO | Rg. | | Org. Exp. | | | Bairro | | | | |
| Condutor | SILVINO LAERCIO DA SILVA | | | | | | | | | | |
| Residência | R VERBENA, 140 | | | | | | | | | | |
| Município | JABOATAO | Rg. | 2037301 | Org. Exp. | | SDS PE | Bairro | JARDIM MURIBECA | | | |
| CNH/Pront./ Nº | 05951834884 | Categoria | | AB | | Validade | | 03/07/2018 | Hora/Dir. | | - |

| TESTEMUNHA - 01 | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|------|----|--------|----|-----------|---|-----------|--------------|
| Nome | LUIZ JOSE DAS CANDEIAS FILHO | | | Idade | 24 | Sexo | M | Profissão | DESEMPREGADO |
| Residência | SITIO CARPINA | | | Bairro | | | | | |
| Município | JABOATAO | U.F. | PE | Rg. | | Org. Exp. | | FONE | 9 8651-8087 |

| TESTEMUNHA - 02 | | | | | | | | | |
|-----------------|--|------|--|-----|--|-----------|--|-----|--|
| Nome | | | | | | | | | |
| Residência | | | | | | | | | |
| Município | | U.F. | | Rg. | | Org. Exp. | | CPF | |

| VÍTIMA - 01 | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------|--|-------------------------|----|---------------------|------------|-----------|---------------|
| Nome | | | | Natureza dos Ferimentos | | Leve | X | Graves | |
| SILVINO LAERCIO DA SILVA | | | | Motorista | | X | Passageiro | | Mortais |
| Estado Civil | | CASADO | | Idade | | Sexo | | M | Nacionalidade |
| Profissão | | PEDREIRO | | Residência | | RUA VERBENA, N 140 | | BRA | Naturalidade |
| Município | | JABOATAO | | UF | PE | Rg. | 2037301 | Org. Exp. | SDS PE |
| Socorrido | | PARA UPA DO CURADO | | Município | | JABOATAO | | | |
| Dados Fornecidos Por | | | | Residência | | CB BM LEVI - AR 636 | | | |
| Município | | UF | | Rg. | | Org. Exp. | | Bairro | |

| VÍTIMA - 02 | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------|--|-------------------------|----|------------------|------------|-----------|---------------|
| Nome | | | | Natureza dos Ferimentos | | Leve | X | Graves | |
| KAUANE NERES DA SILVA | | | | Motorista | | | Passageiro | X | Mortais |
| Estado Civil | | SOLTEIRA | | Idade | | Sexo | | FEM | Nacionalidade |
| Profissão | | ESTUDANTE | | Residência | | RUA VERBENA, 140 | | BRA | Naturalidade |
| Município | | JABOATAO | | UF | PE | Rg. | | Org. Exp. | SDS PE |
| Socorrido | | HOSP DOM HELDER | | Município | | CABO | | | |
| Dados Fornecidos Por | | | | Residência | | | | | |
| Município | | UF | | Rg. | | Org. Exp. | | Bairro | |

26 FEV 2019

PROTECOLO



SD PM - VIALLE
PATRULHA - 115222-8
BATALHÃO DE POLÍCIA ROBOVÂNCIA

XII – INFRACÇÕES COMETIDAS

| | V.1 / V.2 | | V.1 / V.2 |
|--|-----------|--|-----------|
| Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB) | | Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art. 176 V CTB) | |
| Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB) | | Desob. Ordens do Agente trãns. (Art. 195 CTB) | |
| Conduzir Veic. s\ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB) | | Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art. 230 I CTB) | |
| Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB) | | Conduzir Veic. S\ Placa (Art. 230 IV CTB) | |
| Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB) | | Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art. 230 VI CTB) | |
| Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB) | | Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB) | |
| Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB) | | Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB) | |
| Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB) | | Outras | |

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

| | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------|--------------|------------|-------------------|--------------|-------------------|--|
| 1. Reboque Efetuado | Polícia Militar | | Particular | | Não Efetuado | | |
| 2. Comunicado à Delegacia de | | | | | | Hora | |
| Nome do Recebedor da Ocorrência | | | | | Matricula | | |
| XVII – Responsável Pelo BAT | Posto/Grad. | SD PM | Matricula | 106717-6 | NOME | PETRUCIO | |
| XVIII – Digitador da SSTA | | SD PM YHALLE | | Of. Chefe da SSTA | | CAP PM NEGROMONTE | |

Confere com o original que me foi apresentado.

Data: 10 / 01 / 2018

[Assinatura]

















COMPRE / SEGUROS

26 FEV 2018

PROTOCOLO

IV – SIMBOLOGIA

| | | | |
|---|---|-----------------------------|---|
| Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas |  | Incêndio - |  |
| Ônibus, Caminhão ou Trator - |  | Marcha à frente - |  |
| Trem - |  | Marcha à Ré - |  |
| Veículo de 2 ou 3 Rodas - |  | Derrapagem - |  |
| Pedestre |  | Capotamento ou Tombamento - |  |
| Animal - |  | Local da colisão - |  |
| Objeto Fixo |  | Depois da Colisão - |  |

XIII – CROQUI

EM ANEXO



SD PM - VIALLE
PATRIZIA - 115222-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA





POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
BOAT nº J-924/2017



ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- A motocicleta foi entregue ao sr. Flaviano Ferreira da Silva (conde) de cont. n.º 05391149647/RE de cat. "A" e F.F.S.
- A vítima "01" foi socorrida pela AR-636, cont. Cb BM Levy de mat. 710099-0 e levada para UPA do Curato;
- A vítima "02" foi socorrida pela AR-660, cont. SGT BM L. Silva de mat. 710.348-4 e levada para HDHC.

COMPREV SEGURANÇA

26 FEV 2018

PROT. 620

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO
GRAB/MAT/NOME

[A long, thin, curved line, possibly a signature or a mark.]

CONTEI REGISTRO 67
26 FEV 2019
PROTOCOLO





BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1002 / 2017).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

ESTAVA EM PARADA PARA O LANCAMENTO DA PRIMA
LITRA DA SETA PARA A DIREITA FOI PULSA A MANEIRA
PARA OIS CARRO LITRA A SETA PARA A ESQUERDA
O MOTO MIM BATEU NO LADO DIREITO DA OUTRA -
FAIXA BATEU NA DIREITA DO CARRO

26 FEV 2018



Veículo: HB-20-S

Nome do Condutor: EDUARDO CUSTODIO DE LIMA

RG: 906557

Órgão Expedidor: SSP-PR CPF: 085.066.329-72

Placa do Veículo: DET 1314

Data: 20/12/2017 Hora: : :

Assinatura: Edinho Custodio de Lima

986006418

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



COMANDO EM CHEFE

26 FEV 2019

PROT. 010



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PMPE - DGO - CPE - EPRV
Batalhão Cel. Manoel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir s/ CNH (Art. 167, I, CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Port obrig (Art. 232 CTB)
Conduzir veíc. s/ doc. Parte obrig (Art. 232 CTB)
Dirigir sob influência álcool (Art. 165 CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)
Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans (Art. 176, CTB)
Deixar de prestar local de acil. (Art. 176 III CTB)
Deixar de remover veíc. Qdo Deixar (Art. 176, IV CTB)

VI V2

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Deixar de prestar inform. s/ (Art. 176, v. CTB)
Desob. Obedien do Agente Trans (Art. 195 CTB)
Conduzir veíc. s/ lacre violado (Art. 230, I CTB)
Conduzir veíc. s/ placa (Art. 230 IV, CTB)
Conduzir veíc. s/ placa ileg. (Art. 230 VI, CTB)
Conduzir veíc. Alter De caract. (Art. 230, VII CTB)
Conduzir veíc. Defeito equip. obrig (Art. 230, IX)
Outras:

XIII - CROQUI

• Obs.: Veículos retratos do local por transeuntes.

XIV - SIMBOLOGIA

Automóvel e outros veículos de 4 rodas
 Ônibus, Caminhão e Trator
 Trem
 Veículo de 2 ou 3 Rodas
 Pedestre
 Animal
 Objeto Fixo

Incêndio
 Marcha à Frente.
 Marcha à Ré
 Derroçagem
 Capotamento ou Tombamento
 Local da Colisão
 Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

fone: 98405-1523

VEÍCULO - 1

Quebramento: Para-choque dianteiro;
Amassamento: Capô do motor, para-lamas
dianteiro lado esquerdo, porta dianteira
lado esquerdo, barra superior lateral do
para-brisa lado esquerdo.

VEÍCULO - 02

Quebramento: Retrovisor direito;
Empenamento: Arco dianteiro;
Arranhões na carroceria, para-lamas
dianteiro e painel frontal.

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Hora:

Nome do receptor da ocorrência:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRICULA.

NOME: Petrônio

3d

106717-6

ASS.: [Signature]

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:





A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script.

COPIA DESTACADA

26 FEV 2019

PROTOCOLO



BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº J-22CS / 2017)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

• Condutor socorrido.

20 FEB 2018

20 FEB 2018



Veículo: _____

Nome do Condutor: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Placa do Veículo: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



26 FEB 2013

PROV. 110