

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 LAERECIO DA SILVA

CPF do Representante legal

041 328 60421

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:

Assinale uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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

PROTO. 110

SABOATÃO, 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 N° 250.312

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 248 DO LIVRO N.º 11 DO REGISTRO
DE NASCIMENTO FOI FEITO HOJE O ASSENTO DE *Kennedy Cunha e Souza*

NASCID ____ AOS ____ DE ____

____ AS ____ HORAS ____

EM *Hoje à tarde, a presta a certidão de nascimento de Kennedy Cunha e Souza*
nas Guaranáias PE

____ M SEXO ____

NATURAL *Veste este mundo*

E DE DONA *Naia, ex-namorada de seu pai*

NATURAL *Veste este mundo*

SÃO ANOS PATERNOS *2018*

COMPRA SECURAS EP

E DONA *Naia, ex-namorada de seu pai*

SÃO AVÓS MATERNOS *2018*

26 FEV 2018

E DONA *Naia, ex-namorada de seu pai*

FOI DECLARANTE *Angela da Cunha e Souza*

PROFISSÃO

E SERVIRAM DE TESTEMUNHAS *Angela da Cunha e Souza*

OBSERVAÇÕES: *Angela da Cunha e Souza*

Valido somente com selo de
autenticidade e fiscalização

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Valido somente
autenticidade

PRAZERES, ____ DE ____ DE ____

Angela da Cunha e Souza
Oficial do Registro Civil

CARTORE SE

Angela da Cunha e Souza
Oficial do Registro Civil

2^a 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 II 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

AVOS

**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 DOS GÊMEOS:
Nada consta

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Seis de abril de dois mil e quatro.

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS
Não informado.

AVERAÇÕES/ANOTAÇÕES À 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 ofício
Cartório de Registro Civil e Tabelionato de Notas do 2º distrito - Prazeres

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

Oficial registrador
Angela da Cunha e Souza

Município/UF
Jaboatão dos Guararapes/PE

Oficial

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

Endereço

Rua Professor Paes Leme, 54

SELO DIGITAL nº 0077180.DFX06201803.00095

Emolumentos R\$ 0,00 Ferc: R\$ 0,00 Tarr: R\$ 0,00 Ims: R\$ 0,00 Total: R\$ 0,00

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
19 JUN 2018
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

504810



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

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 GURARAPES-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 º , 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

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SILVINO LAERCIO DA SILVA,
RG nº 2037301, data de expedição / /,
Órgão _____, portador do CPF nº 041.328.604-21, com
domicílio na cidade de JABOATÃO, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA VERBENIA, nº 140,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima KAVINY NERES DA SILVA, cujo o condutor era
SILVINO LAERCIO DA SILVA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA NXR 150
Ano: 2013
Placa: KGE 6161
Chassi: 9C2KD054DR140072
Data do Acidente: 30/12/2017
Local e Data: JABOATÃO 15/02/2018


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

MR. NELSON CALVÃO FILHO - Titular em exercício
Rua Antônio Lins de Almeida, 580 - Presidente
Castro dos Guimarães - PE - CEP 54400-200
Tel.: (81) 3341-5355

Reconheço, sob autenticidade a firma de: SILVINO LAERCIO DA SILVA Dn. fte em 15/02/18 11:39:51 em testemunho da DELEGATIA NOTARIAL
verdade. KATLEEN EDUARDA COUTINHO DE MELO - Escrivana
Emol: R\$ 3,99 TONR R\$ 0,80 Total: R\$ 4,79. Dn. fte em 15/02/18 11:39:51
0074914.0002201801.01932. Consulta autenticidade no site: www.tjpe.jus.br



 COMPROVADO

26 FEV 2018

 PROTOCOLO



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



Atendimento: 719874 **Prontuário:** 104921
Nome: KAUANY NERIS DA SILVA
Data Nasc.: 05/03/2004 **Idade:** 13 **Sexo:** FEMININO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** 898003546777893
Endereço: RUA VERBENA **Nº:** 140
Bairro: MURIBECA **Cidade:** JABOATAO DOS GUARARAPES **Estado:** PE
CEP: 54350072 **Fone:** 558185998483 **Celular:**
Acompanhante: **Profissão:**
Nome da Mãe: MAGNA MARIA BARBOSA NERIS
Nome do Conjugue:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Quelxa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA: EC: EB:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Diet:

vata

Hortrio

CONFIDENTIAL

26 FEB 2018

PRACTICE 10

1 de 2

1. *Introduction*

30.12.17 Mission

GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: Karenny reis da silva Reg: 101116

Idade: 16 Data de Admissão: / /

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente automobilístico com trauma na mão direita e dor à palpação da mão.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rayos X e TAC da mão

HD: Fratura de diafise de fêmur D

PRESSCRIÇÃO ATUAL:

Indicado

TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA: HOF

SEU/HA: 5530167

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

*Vinícius P. Góis
CRM-70042*

Médico/CRM

COMPREV SEGUROS E P

26 FEV 2018

PROT. N. 0

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 MOTOCICLÍSTICO 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 P

26 FEV 2018

PROT. N. 0

Acolhido(a) por: ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO

Data: 30/12/2017 16:26



Nome: KAUANY NERIS DA SILVA Idade: 13 Anos 9 Meses 25 Dias Nasc. 05/03/2004
 Sexo: FEMININO CNS: 898003546777893 Contatos: 81. 85998483 | Celular: 81.
 Mãe: MAGNA MARIA BARBOSA NERIS
 Endereço: RUA VERBENA, N.º 140 - Bairro: MURIBECA - CIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES - UF: PE

Dados do Atendimento:
 Data/Hora Atend.: 30/12/2017 16:13
 Prontuário: 1049217
 N.º Atendimento: 719874
 Serviço: ORTOP. E
 Enfermaria/Leito:
 Médico:
 MEDICO PLANTONISTA

Admissão

— Queixa Principal

dor em MIDireito.

— História Clínica

acidente de moto há 08 horas. , refere desmaio (avaliada no HDOM heider - fez TAC de crânio, foi transferida para o HOF depois). Nega cefaléia, cefaleia, 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 CARACIOLI E SILVA - CRM: N.º 61044



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 CIRÚRGICO 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 + DIVULSAÇÃO POR PLANOS
6. REDUÇÃO DE FRATURA DE FEMUR + FIXAÇÃO COM PLACA DCP + PARAFUSOS CORTICIAIS
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 CORTICIAIS

COMPRESEGURADO

26 FEV 2018

Lucas Severo
Médico
CRM-PE 28.317

PROFISSIONAL

LAUDO MÉDICO

Sacramento KAUANY NEVES DA SILVA, nítula de aérea
nascida em 30/12/17 Segundo B.O da PM J.2266/17

Sofreu Fratura do Fêmur direito; Foi Tratada Cirúrgica
mente (DESOSSIFICANTE C/ PLACA + Colageno de OB PARAFUSOS
(Kwicais))

A lesão evolui com sequelas definitivas

- Deterioração articular

- Desestabilização articular + luxações do
MID

comprimento de aproximadamente 70%
dos anelos de fuso-externo do fêmur D

CDDIO 5723

alta ambulatorial definitiva

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.878.334-04

02/07/18

COMPREV
COMPRESA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE JABOATÃO DISTRITO DE MURIBECA DOS GUARARAPES

NASCIMENTO N° 250.312

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 248 DO LIVRO N.º 11 DO REGISTRO
DE NASCIMENTO FOI FEITO HOJE O ASSENTO DE *Kennedy Cunha e Souza*

NASCID ____ AOS ____ DE ____

____ AS ____ HORAS ____

EM *Hoje à tarde, a Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes PE*

____ M. SEXO ____

NATURAL *Veste este*

E DE DONA *Naia, ex-namorada de seu*

NATURAL *Veste este*

SÃO ANOS PATERNOS *Menos 3*

COMPRA SECURAS EP

E DONA *Naia, ex-namorada de seu*

SÃO AVÓS MATERNOS *Menos 1*

26 FEV 2018

E DONA *Naia, ex-namorada de seu*

FOI DECLARANTE *Naia*

PROFISSÃO

E SERVIRAM DE TESTEMUNHAS *Naia, ex-namorada de seu*

OBSERVAÇÕES: *Naia, ex-namorada de seu*

Valido somente com selo de
autenticidade e fiscalização

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ

Valido somente
autenticidade

PRAZERES, ____ DE ____ DE ____

Angela da Cunha e Souza
Oficial do Registro Civil

CARTORE SE

Angela da Cunha e Souza

Oficial do Registro Civil e Fiscal

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

VALIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1020147490

NAME: SYLVINO LARENCO DA SILVA

DOC. IDENTIFICO/OD. EMISSOR/UF
2037301 SDS PE

CPF: 041.524.604-21 DATA NASCIMENTO
13/07/1976

RESIDÊNCIA:
JOSÉFA MARIA DA SILVA
JOSÉFA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC. CAT. HAB.
AB

INSCRIÇÃO: 05951834884 VENCIMENTO: 03/07/2018 PROIBIÇÃO: 09/12/2013

DESCRIÇÃO:
PERMISÃO ATIV. Resumida

S. Silvino Larenco da Silva

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LICENCIATÁRIO: JAHOBATÃO DOS GUARARAPES - PE DATA EMISSÃO: 09/02/2015

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

48016069053
PM064739562

DETTRAN - PE/PERNAMBUCO

1020147490



- IDENTIFICAÇÃO -

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

() VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM

VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº

COMPLEMENTO

UF

BAIRRO

CEP

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AITA 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBIS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE IDADE, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI, MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTI

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

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBIS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE IDADE, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI, MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 115.900,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDE

DAS LEIS E DE ACORDO COM A TABUCA DE SEGURIA PREVISTA NA LEI 6.314/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (DOIS MIL E SETE CENTOS), ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA NA SEGURO LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODE-SE SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO (

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORA.DA.UOL.COM.BR OU LIGA

GÁS SAC DPVAT 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIO

DATA _____

DATA _____

MATR. CORREIOS _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA _____

X. REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE IDADE, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI, MÃE

Jaboatão dos Guararapes,

Para: **Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT**

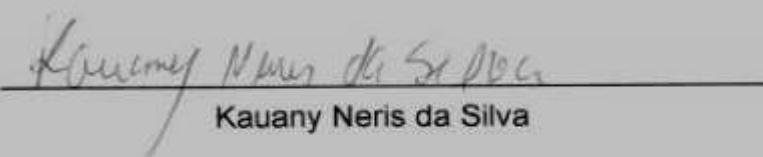
Prezado (a),

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.

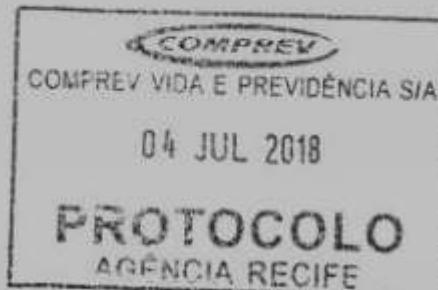
Solicito reagendamento de perícia médica, para dar continuidade ao processo.

Atenciosamente,


Kauany Neris da Silva

Contato:


Kauany Neris da Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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 médica-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:

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

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.

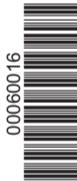
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

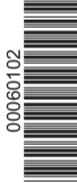
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180120703** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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 n°: 13051812

A/C: SILVINO LAERCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180120703
Vitima: 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%

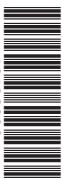
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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: INTERRUPÇÃO 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

K

Nome completo da vítima

KAUANE NERES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo SILVINO LAECIO DA SILVA	CPF titular da conta 042.328.604-21	Profissão PREDREIRO
Endereço RUA VERBENIA	Número 140	Complemento CASA
Bairro MURIBECA	Cidade JABOATÃO	Estado PE
Email	CEP 54352-320	
Telefone (DDD) 81298405-1529		

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

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

D/V

CONTA
NRO.

D/V

3015

00013959

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

CONTA POUPANÇA

(Informar dígito se existir)

(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 Vítimas 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 OSTEOSINTSE 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 QUADRÍCIPITAL.

- IV. Nexo de causalidade: 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)

(X) Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio

75% intensa

100% completo

50% médio

75% intensa

100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio

75% intensa

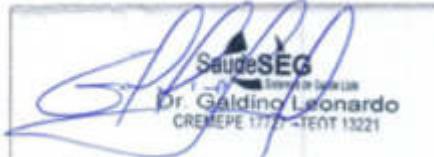
100% completo

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 causalidade: 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(X) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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


Dr. Victor Ramiros Reynaux Borba

CRM/PE - 21266



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



PROTÓCOLO:
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.

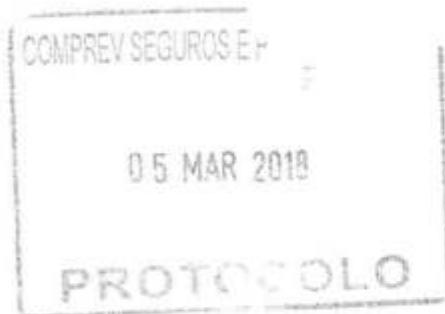
NOME DO PROPRIETÁRIO: ANA ELIZABETE DE MELO UCHOA	CPF/CNPJ: 063.482.894-00
--	-----------------------------

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: 15 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 APLICAVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILOMÉTRO 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 PERMANECEU 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.	



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



PROTÓCOLO:
18003063B01

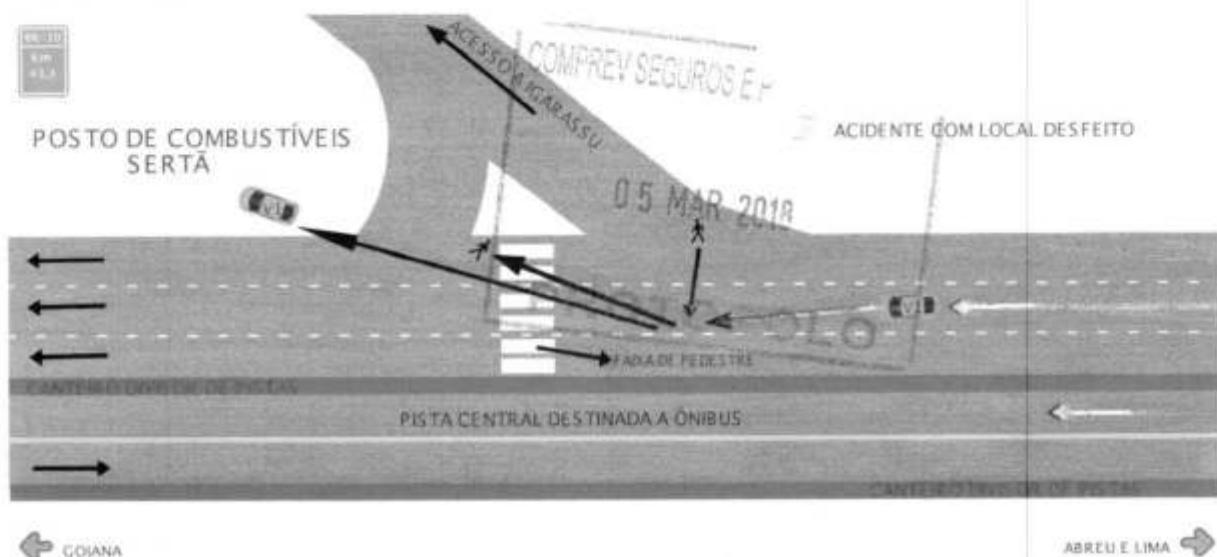
STATUS:
Encerrado

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, PERMANECEU 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 SUPÓSTO 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 VENDO A ATINGIR A POSIÇÃO DE REPOUSO NA PÁTIO DE UM POSTO DE COMBUSTÍVEIS (POSTO SERTÁ). 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



PROTÓCOLO:
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
------------	-------------	-------------------------

DESCRITIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

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

IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÁMICA - 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.

COLIFEX SEGUROS E F

05 MAR 2018

72076010



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

REALIZADO TESTE N° 4854 NO ETILOMETRO 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:
SEVERINO ALVES DA SILVA	Pedestre
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
166.009.164-00	20/12/1935
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:
ESTADO CIVIL:	SEXO:
MASCULINO	NOME DA MÃE:
MARIA FELICIA DA CONCEICAO	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
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



PROTÓCOLO:
18003063B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



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 8 de 8



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

NUMERO 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



**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



I - LOCAL E DATA

COM ANEXO	<input checked="" type="checkbox"/>	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
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde
Outros		Enlameada		Nebulosa		Noite
		Oleada		Garoa		Madrugada
						N/Existe
						<input checked="" type="checkbox"/>

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

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

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	<input checked="" type="checkbox"/>
Enc. Para Exame		Socorrido	<input checked="" type="checkbox"/>
Não foi Realizado	<input checked="" type="checkbox"/>	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			26 FEB 2018

2002 matr/90 horas 210

VIII - VEÍCULOS

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

IX – IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01								
Marca	HYUNDAI	Modelo	HB 20S	Ano	2013	Renavam	571404073	Placa
Município	JABOATAO	Nº do Chassis		-			Veículo de Carga nº de Eixo	PGT-1314
Carregado		Apreendido			Liberado	X	Evadiu - se	
Proprietário								
Residência								
Município	JABOATAO	Rg.	906557	Org. Exp.	SDS PE	Bairro	PRAZERES	
Condutor						CPF	095.066.324-72	
Residência								
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								
Marca	HONDA	Modelo	NXR 150	Ano	2013	Renavam	551073861	Placa
Município	JABOATAO	Nº do Chassis		9C2KD054DR140072				KGE-6161
Carregado		Apreendido			Liberado	X	Veículo de Carga nº de Eixo	
Proprietário							Evadiu - se	
Residência								
Município	JABOATAO	Rg.		Org. Exp.		Bairro		
Condutor						CPF		
Residência								
Município	JABOATAO	Rg.	2037301	Org. Exp.	SDS PE	Bairro	JARDIM MURIBECA	
CNH/Pront. / Nº	05951834884	Categoria	AB	Validade	03/07/2018	Hora/Dir.	041.528.604-21	
TESTEMUNHA - 01								
Nome	LUIZ JOSE DAS CANDEIAS FILHO				Idade	24	Sexo	M
Residência	SITIO CARPINA				Bairro		Profissão	DESEMPREGADO
Município	JABOATAO	U.F.	PE	Rg.			COMPORTA	
Nome					Órg. Exp.		FONE	9 8651-8087
TESTEMUNHA - 02								
Nome					Idade		Sexo	
Residência					Bairro		Profissão	
Município		U.F.	Rg.		Órg. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01		Natureza dos Ferimentos			Lev:	X	Graves		Mortais
Nome	SILVINO LAERCIO DA SILVA				Motorista	X	Passageiro		Pedestre
Estado Civil	CASADO	Idade		Sexo	M	Nacionalidade		BRA	Naturalidade
Profissão	PEDREIRO	Residência		RUA VERBENA, N 140				Bairro	JD MURIBECA
Município	JABOATAO	UF	PE	Rg	2037301	Órg Exp.	SDS PE	CPF	041.328.604-21
Socorrido	PARA UPA DO CURADO					Município		JABOATAO	
Dados Fornecidos Por		CB BM LEVI – AR 636							
Residência									
Município		UF	Rg		Órg Exp.			Bairro	
								CPF	

VÍTIMA - 02		Natureza dos Ferimentos			Leve	X	Graves		Mortais
Nome	KAUANE NERES DA SILVA				Motorista		Passageiro	X	Pedestre
Estado Civil	SOLTEIRA	Idade	13	Sexo	FEM		Nacionalidade	BRA	Naturalidade
Profissão	ESTUDANTE	Residência		RUA VERBENA, 140				Bairro	JD MURIBECA
Município	JABOATAO		UF	PE	Rg		Org Exp.		CPF
Socorrido	HOSP DOM HELDER						Município	CABO	
Dados Fornecidos Por									
Residência								Bairro	
Município		UF		Rg		Org Exp.		CPF	



26 FEV 2019

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s\ CNH (Art. 162.I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art.176VCTB)	
Conduzir Veic. s\ Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trâns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.s\ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Álcool (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 Trâns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art 230 VII CTB)	
Deixar de Preservar 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 APARENTEIS

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Policia 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

dr. J. P. Piquini



IV – SIMBOLOGIA

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

XIII – CROQUI

EM ANEXO





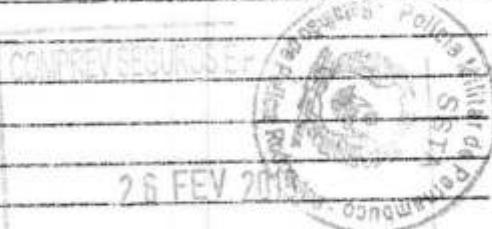
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
BOAT N° 5-9009017



ANEXO IV

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- A motocicleta foi entregue ao sr. Flávio Ferreira da Silva (cunhado) de cont. n° 0599149667/RE de cat. "A" - F.F.S.R.
- A vítima "01" foi socorrida pela AR-636, cont. cb BM Levy de mat. 710.099-0 e levada para UPA do Curado;
- A vítima "02" foi socorrida pela AR-660, cont. cb BM L. Silva de mat. 710.3481-4 e levada para HDHC.







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



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° 5000 19017).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

SETIMINH. PRAZERES JAHOTÁO MA PR 17
LIGHEI A SETA PARA DIREITA FOI PRAIA A MANGAETA
PASOU DOIS CARRO LIGHEI A SETA PRAIA A ESQUERDA
P MOTO MINI BATEU NO LADO ESQUERDO DA OUTRA
FAIXA BATER NA BERMUDA DO CARRO

SC/PR/1500/2002

26 FEV 2018



Veículo: HB-20-S
Nome do Condutor: EDUARDO ENSTON DIO DE LIMA
RG: 906557 Órgão Expedidor: SSP PR CPF: 086.066.329-72
Placa do Veículo: PRF 1314 Data: 20/12/2017 Hora: : :
Assinatura: Eduardo Enston DIO 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.



A handwritten signature is placed over the circular stamp.



26 FEVEREIRO 2019



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



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir S/ CNH (Art. 167, I, CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Port. dirig (Art. 232 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Perte 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 preservar local da acid. (Art. 176 III CTB)
Deixar de ressarcir veic. Qdo Detran (Art. 176, IV CTB)

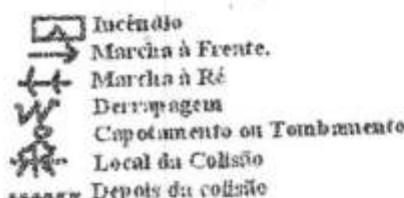
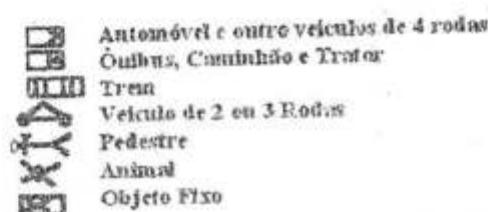
v1 v2

Deixar de prestar inform. v2 (Art. 176, v, CTB)
Desob. Odeias do Agente Trans (Art 195 CTB)
Conduzir veic. s/ placas violado (Art. 230, I CTB)
Conduzir veic. s/ placas (Art. 230 IV, CTB)
Conduzir veic. s/ placa aleg. (Art. 230 VI, CTB)
Conduzir veic. Alvo de caract. (Art. 230, VII, CTB)
Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Outras _____

XIII - CROQUE

- Obs.: Veículo retirado do local por transeuntes.

XIV - SIMBOLOGIA



XV - AVARIAS APARENTEIS

fone: 98405-1593

VEÍCULO - 1

quebramento: Parachoque dianteiro;
Avaria: quebramento: Capô do motor, paralelina
dianteiro lado esquerdo, porta dianteira
lado esquerdo, barra superior lateral do
parabrisa, lado esquerdo.

VEÍCULO - 02

quebramento: Reboque direito;
quebramento: Arco dianteiro;
quebramento: Arco dianteiro;
quebramento: Arco dianteiro;
quebramento: Arco dianteiro;
quebramento: Arco dianteiro;

20 FEVEREIRO



XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do recebedor da ocorrência:

Hora:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA

NOME: Petrúcio

3d

106717-6

ASS:

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:



[Handwritten signature]



26 FEVEREIRO 2010



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



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° 3-9205 / 2017).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

• Condutor酒醉驾驶.

20 FEV 2018



Veículo:

Nome do Condutor:

RG: _____ Orgão 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.

