

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: 08/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000045544-8

Nr. da Autenticação 1769D6E3CCE3316E



Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.638, de 26/04/03

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

BAIXOS DO CLIENTE:
FRANCISCA MARIA MARTINS DA SILVA

ESTAMPA DA UNIDADE CONSUMO/US
RJA. ADÉLIA LEAL FERREIRA.267

CPH-388.129.004-53

CENTRO CULTURAL
CARUARU PE
85030-150

**CLASSIFICAÇÃO
EI: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Residencial II**

EDITION DOCUMENTARIO 0154980015 07/2010

12/07/2018 08/08/2018

DESCRIÇÃO DA MATERIAIS		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Concreto Alumínio(WH)		120,000000	0,74722003	89,66
Acessório Bateria VERMELHA				0,55
Corrente de Remoção de Pintura				4,45
ICMS Subvenção-CDS-20120204-07105/18				0,00
Multipar ariete-NF 211202024-07059/18				1,85
Setas para ariete-NF 011202024-07059/18				0,55
Alumínio ICMA-NF 211202024-07059/18				1,34

卷之三

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Alimentação	R\$ 12,30	39,20
Habitação	R\$ 4,35	1,21
Transporte	R\$ 4,10	1,17
Entertainment	R\$ 3,10	0,89

Sector	Percentage
Residential	11.0%
Commercial	10.2%
Industrial	10.2%
Transportation	10.2%
Electricity generation	10.2%

1990s 2000s 2010s 2020s 2030s 2040s

www.oriental.com

De acuerdo con el cumplimiento de éstos, la competencia de energía puede ser asumida. Deben considerarse para introducir una regulación de la importación de hidrocarburos en 1970, y en 1971, para garantizar la seguridad. Una competencia de la Agencia para la importación de hidrocarburos debe ser establecida para garantizar el suministro de hidrocarburos.

DISTRIBUIÇÃO DA PROBABILIDADE DAS INVESTIMENTOS				
CATEGORIA	VALOR ATUALIZADO	LARGO PRAZO		LARGO PRAZO (20,7)
		PROBABILIDADE	VALOR	
SC	0,00	0,17	0,35	11,75
PC	0,00	1,00	0,00	0,00

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	
TELEFONE NACIONAL	LIMITES DE VALIDADE DO TÍTULO MÍNIMO

04 802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, N° 143, A
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Adriana Martins da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.427.846-77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joé Allyson Martins da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.734.774-16, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Joé Allyson Martins da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.734.774-16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Adelia Real Ferreira</u>		<u>267</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Caruaru</u>	<u>PE</u>	<u>55030-150</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>(81) 9.9668-4816</u>

Caruaru, 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Adriana Martins da Silva Lima
Assinatura do Declarante

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, ROSEANE GOMES FERNANDES,

RG: 6892713, data de expedição 15/05/2001

Órgão SNS-PE, portador do CPF 061.277.234-93, com
domicílio na cidade de CARUARU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
R. Degênere, nº 198,

complemento 1º andar, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Jose Allyson Martins da Silva,
cujo o conduto era Jose Allyson Martins da Silva.

Veículo: Pas / motocicleta

Modelo: HONDA / CG 150 TITAN MAX ES

Ano: 2009 - 2010

Placa: KJS 9915

Chassi: 9E2K E1620AR013258

Data do Acidente: 14/10/11 2018

Local e data do cartório: CARUARU-PE 06/12/2018.


X Rosângela Gomes Fernandes

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2019

Rua da Aurora, 1175, 5º andar BL C
Boa Vista - CEP: 50.000-010
RECIFE-PE

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!





ANAMNESE

Paciente: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA
Data Nascimento: 27/01/1995 Idade: 23 Anos, 5 Meses e 17 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01134656
Prontuário: 00247677
Senha N.º: 0109

Data e Hora: 14/07/2018 18:12h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE RELATA DOR NO MSE APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEG DM+HAS

DOC > CNH

AFFERENTES:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 109 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 79 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

OPD / HDA:

TRAUMA EM DECORRENTE DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE

Exame Físico:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO

EUPNEICO, GLASGOW 15

TEM DOR E EDEMA A PALPAÇÃO DO LOCAL REFERIDO

EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

DEAMBULANTE

Exames complementares:

RX FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RADIO)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 DEZ 2018

Rua da Aurora, N° 175, S. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

REC/PE

Conduta:

ORIENTAÇÕES, MEDICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA,

Evolução:

W. Diego Araujo de Castro
CRM-23629

14 JUL 2018

Ass. do Médico

Dr(a): DIEGO ARAUJO DE CASTRO SANTANA

CRM-23629



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 430755
Prontuário: 226184

Nome: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA
Data Nasc.: 27/01/1995 Idade: 23 Sexo: MASCULINO Cor: PÂSCA Religião:
CPF: 10473477418 RG: 5946055 CNIS: 698004-44910719
Endereço: RUA PROF ADELIA DE AL
Bairro: PETROPOLIS Cidade: CARUARU
CEP: 55030130 Fone: 994315594
Nome da Mãe: ROSELY JOSE DOS SANTOS
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

AGILIZAÇÃO
MÉDICO-DEMOLOGICA - HRA
Nº: 267
Profissão: VENDEDOR

2 - ATENDIMENTO Data: 20/07/2016, 14:43 Médico: MÉDICO PLANTONISTA

Queixa Principal: THDA:

*Face de esq. mdp hie
7 dias. Vag da urt.*

Exame Físico:

*Ex - frst. desvia de
cabeça do radio e
tórax grande tda ext
polares.
Vord: excep' m tura*

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

*Dr. Nilson Peretti
Ortopedia - Traumatologista
CRM - 10685*

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2016

Rua da Aurora, nº 175, SL 907 BL C
Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE



NOME: Jude Allyson Martins da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do esterno CID-10: S52-1, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 26/07/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 31/03/18.

*Dr. Edmílio Góes
Graziella B. B. Góes
CRM-PE 102.702
CRM-PE 102.702*

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_06 - LEITO-03

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 508516 Data: 23/07/2018 Hora: 22:10

Recap.: SIMONE VITORIA DE SANTANA

Convênio: SES- ORTOPEDIA

Matrícula: 701102072482110

Responsável:

Identidade:

Médico: DR. DIOGENES GOMES DE ANDRADE XAVIER

Cartão SUS: 701102072482110

Paciente: 120421 JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Sexo: MASCULINO Cor:

Nascimento: 27/01/1995 - 23 Anos e 5 Meses

Est. Civil:

Endereço: RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267

C.P.F. 10473477416

Bairro: VASSOURAL

CEP:

Identidade: 8946055

SDS PE

IBGE/Cidade: CARUARU

UF: PE

Telefone: 81.94315594

Pai: ARIVALDO MARTINS DA SILVA

G.Instrução:

Mãe: ROSELY JOSE DOS SANTOS

Ocupação:

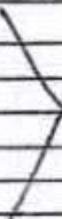
Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade:

Obs.: SENHA ORT. 470442

Queixa do Paciente:

Paciente 23 anos, com quadro de fx (1º ferimento, dia),
 estavelo queimado com noca e correção emergencial.
 Nenhuma comorbidade.

H.D.A.: 

VÍDEO QPD

Exame Físico:

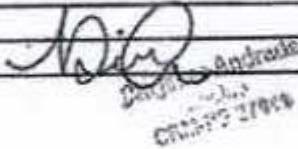
sem alteração.
 Redução de mobidade um MSE.

H.P.:

① Rx estavelo ②

Tratamento:

① Necrose de concreto emergencial
 ② Sintomática



Dr. Diogenes Gomes de Andrade
 CRM-PB 11054

Bezerros, 23 de julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

Última: José Allyson Martins da Silva
CPF: 104.734.774-16
Sinistro: 31801594317

Exigência Documentação Médica.

Venho por meio desta carta declarar que
no dia do meu acidente, 14/07/2018 fui socorrido
por populares que me levaram até a UPA 24h
por onde passei pelos primeiros procedimentos
com a gravidade do meu caso fui transferido
para o Hospital Regional do Agreste depois
fui transferido mais uma vez para o Hospital
Jesus Pequenino na cidade de Bezerros. Desejo infor-
mar que toda documentação médica desses
hospitais já foram enviados para a Seguradora,
não tendo mais nada pra apresentar, piso a
seguradora que libere o meu processo para a
perícia pois já estou de alta definitiva.
Fico no aguardo para conclusão
do meu processo.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 302 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLOCO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFG/SE-PI



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE

Nº 011546002108

60984709502

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DETAN

CONTRAN

VIA 203362544 PINTO *****

ROANGELA GOMES FERNANDES
RUA DEZESSETE 188
CASA RENDEIRAS
CARUARU-PE

55000-000

061.277.234-93 KJ39915

JOSE FERREIRA DA SILVA FILHO

PLACA/ANO/UF	CHASSI
*****	9C2KC1620AR013258
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA/	ALCO/GASO
LINHA/MODELO	ANO FAB./ANO MOD.
HONDA/CG150 TITAN MIX E3	2009 2010
CAR/POV/CL	CATEGORIA
2P/149CL	PARTIC
20149074	ESPECIAIS
CINZA	

SEM RESERVA

Carlos Eduardo Pocas Amorim Casa Nova

LOCAO

DATA

12/10/14

CARUARU-PE

Carlos Eduardo Pocas Amorim Casa Nova
Dir. Presidente DETAN-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2014

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REGISTRO
GENÉRICO
NOME: 6892713
ROSÂNGELA GOMES FERNANDES

PAÍS: DATA DE EXPEDIÇÃO: 15.05.2001

NACIONALIDADE: DATA DE NASCIMENTO: 26.11.1981

CATOLÉ DO ROCHA-PB C.N. 8.396 L.A-9 F.65v, Cart.
BREJO DO CRUZ-PB

Nº. DE IDENTIFICAÇÃO DE TITULAR: LEI N° 2.116 DE 29/08/63

ASSINATURA DO DIRETOR



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 DEZ 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da cabeça do radio esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular severo do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da cabeça do rádio esquerdo (fixação com placa e parafusos). Realizou fisioterapia. Recebeu alta em 01/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do cotovelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/02/2019

Conduta mantida:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180594317

Nome do(a) Examinado(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R PROFA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 -
CARUARU/PE - CEP 55030-150

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8946055 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 14/07/2018 - Caruaru

Data e Local do Exame : 01/02/2019 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da cabeça do rádio esquerdo.

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

Quadro submetido a osteossíntese com placa e parafusos. Realizou fisioterapia
da qual teve alta a 1 mês.

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

Vítima queixa de dor no cotovelo esquerdo. Ao exame: Redução da flexão e da
extensão do cotovelo esquerdo.

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

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

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

Dano funcional do cotovelo esquerdo.

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

cotovelo esquerdo

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

Região Corporal

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

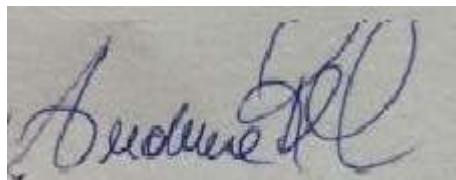
Região Corporal

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

Região Corporal

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

**VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao
exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**
Dano funcional do cotovelo esquerdo. 75%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da cabeça do radio esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular severo do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da cabeça do rádio esquerdo (fixação com placa e parafusos). Realizou fisioterapia. Recebeu alta em 01/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do cotovelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/02/2019

Conduta mantida:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ***SINISTRO PENDENCIADO, NÃO ENVIADO DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA FINALIZAR PROCESSO.

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO PENDENCIADO, NÃO ENVIADO DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA FINALIZAR PROCESSO.

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular da procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante José Allyson Martins da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 8946055, expedido por SOS-PE, em
30/12/2015 inscrito no CPF sob o nº 104.734.774-16, residente na
Rua Adélia Leal Ferreira, nº 267, cidade
complemento casa, Bairro Centro, Estado PE,
Caruaru

2. Outorgado Adriana Martins da Silva Lima
portador(a) do documento de identidade nº 5397799, expedido por SOS-PE, em
06/05/2016, inscrito no CPF sob o nº 010.427.844-77, residente na
Rua - Adélia Leal Ferreira, nº 267, cidade
complemento casa, Bairro Centro, Estado PE,
Caruaru

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão
dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do
FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

06 de DEZEMBRO de 2018.

2º CARTÓRIO

Outorgante José Allyson Martins da Silva



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE
PROFESSOR FÁTIMA DE SOUZA - TEL: (87) 3222-2222 - CEL: (87) 98888-8888

MEMORANDO, por autenticidade a(s) firma(s) de: JOSÉ ALLYSON MARTINS DA SILVA setor:0077023-NZC12201801.00974
dat. fa. CARUARU, 06/12/2018 15:40:57

Eu testemunho de verdade

Flávia Aguiar L. C. de Melo
Encargos R\$3,99 TANR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 Op. Thru 2018-12-06 15:40:57
Consulta eximibilidade em: www.tjpe.jus.br/aleg/aleg.php



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/ES/PE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

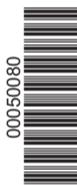
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180594317**

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000045544-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

304.734.774-16

Nome completo da vítima:
jose allyson martins da silva

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

Nome completo:

jose allyson martins da silva

Profissão:

Recebeu-se Rua Adélia local Ferreira

Endereço:

Bairro:

centro

Cidade:

Conceição

CPF:

304.734.774-16

Número:

267

Complemento:

Estado:

PE

CEP:

550.30-150

TeL/ODD):

(83) 9668-4814

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 2778

CONTA: 45544

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS
1º | Nome: 05.802.494/0001-41
CPF: TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: 18/07/2013
CPF: Assinatura

3º | Nome: Rua da Aurora, nº 175, FL 902 BL. C
CPF: Rua Vila - LEP 50060-010
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, com impeditivo de má fé e má fé da vítima ou beneficiário do RODO, no conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR FÓRMA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REDETE-PI



02/10/2018 08:54

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DINTERI - 14º DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0045006302

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2018
 09:10

Complemento o BO Número: 18E0045004431

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Conforme
 que aconteceu no dia 16/7/2018 às 18:00

Facto ocorrido no endereço: RODOVIA BR - 322, 1 - Bairro: SITIO CIPÓ -
 CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

05.802-494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 18 DEZ 2018
 Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BLO
 C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 ROSANGELA GOMES FERNANDES (OUTRO)
 JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de Sra.
 Sra(s): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA



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

JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) -
 Masculino Mas. ROSELY JOSE DOS SANTOS P/ ARIVALDO MARTINS DA SILVA Data
 do Nascimento: 23/9/1988 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA PROFESSOR ADELIA LEAL FERREIRA, 267 - CEP: 56000-000
 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sra(s): ROSANGELA GOMES FERNANDES, que
 estava em posse da(s) Sra(s): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA
 Categorização/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Ocupante informado: N/A
 Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MJS 9912 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 2B2ME1629AD812288
 Ano Fabricação/Modelo: 2008/2010

Boletim de Ocorrências

File:///C:/Users/Alisa/Downloads/2019-2020Moss/BOEFM4



Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ALLYSON PROCUROU A DELEGACIA DE PLANTÃO PARA OC
REGISTRAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NA DEZ 202 FESTA DO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste. SEGUNDO RELATO DA VITIMA, O ACIDENTE
ACERVO, QUANDO UM CARRO O FECHOU E BATEU NA FRENTE DE SUA MOTO.
VITIMA RELATA AINDA QUE O CONDUTOR DO CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR
ATENDIMENTO, AVARIOU TOTALMENTE A FRENTE DA MOTO E DIANTE A VITIMA
QUE A MESMA ERA QUEM CONDUZIR O VÉHICULO ACIMA DESMONTOU DE CIMA FDI
SOCORRIDO POR BOPULARES, E CONDUZINDO PARA A UPAZINHORAS, E DEPOIS LOGO
APÓS FOI REMOVIDO PARA O HRA-CARuaru, ONDE VEIO A SOFRER FRATURA DO
GOTÓVELO ESQUERDO SENDO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO SIRURGICA NO
HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEMERNO. NADA MAIS A RELATAR.

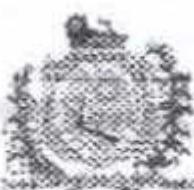
Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nessa unidade policial

to free Alliyen with 56 Sehr

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0045004431

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/07/2018 às 16:07

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado) que aconteceu no dia 14/07/2018 às 18:00

Facto ocorrido no endereço: RODOWA BR - 232, 81 - Bairro: SITIO CIPÓ - CARUARU/PERNAMBUCO /BRASIL

Lugar do Facto: RODOWA FEDERAL

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

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

JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: ROSELY JOSE DOS SANTOS Pai: ARNALDO MARTINS DA SILVA Data de Nascimento: 27/1/1995 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 287 - CEP: 56000-000 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: N/A
 Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

05.802.494/0001-2
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Placa: KJ50015 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KC1620ARD13268
 Ano Fabricação/Modelo: 2009/2010

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

REC/CE/PE

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE ALLYSON PROCUROU A DELEGACIA DE PLANTÃO PARA REGISTRAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO
 OCORRIDO NA BR 232 PERTO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste. SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, PRÓXIMO A UM
 ACESSO, QUANDO UM CARRO O FECHOU E BATEU NA FREnte DE SUA MOTO. VÍTIMA RELATA AINDA QUE O CONDUTOR DO
 CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR ATENDIMENTO. AVARIOU TOTALMENTE A FREnte DA MOTO. NADA MAIS A
 ACRESCENTAR.

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

* José Allyson Martins da Silva

18/07/2018 15:48

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	304.734.774-16	joao allyson martins da silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
E-mail:		TEL (DDD): (81) 9668-4814

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

- CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2778 CONTA: 65544 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sómente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso divida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Local e Data: <i>Conjunto 12/12/2018</i>
Nome:	Nome: _____
CPF:	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
joao allyson martins da silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS 05.802.494/0001-41

1º | Nome: _____ TRAÇÃO CORRETORA
 CPF: _____ DE SEGUROS LTDA

12/12/2018

2º | Nome: _____ Rua da Aurora, Nº 175, 51.907 BL C
 CPF: _____ Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE PE
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, com sua assinatura e a data e local da indenização. O conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR: (*) DA IDENTIDADE, CPF E CONTRAPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ANAMNESE

Paciente: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data Nascimento: 27/01/1995

Idade: 23 Anos, 5 Meses e 17 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01134656

Prontuário: 00247677

Senha N.º: 0109

Data e Hora: 14/07/2018 18:12h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PAXIENTE RELATA DOR NO MSE APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEG DM+HAS

DOC> CNH

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 109 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 79 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardiaca: FC: 74 BPM

QDO / HDA:

TRAUMA EM DECORRENTE DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE

Exame Físico:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO

EUPNEICO, GLASGOW 15

TEM DOR E EDEMA A PALPAÇÃO DO LOCAL REFERIDO

EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

DEAMBULANTE

Exames complementares:

RX FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RADIO)

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

18-DEZ-2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Baixa Vista CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Conduta:

ORIENTAÇÕES, MEDICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA.

Evolução:

Dr. Diego Araújo de Castro

CRM- 23629

14 JUL 2018

Ass. do Médico

Dr(a): DIEGO ARAUJO DE CASTRO SANTANA
CRM- 23629