

# 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

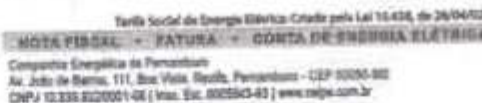
BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000045544-8

---

Nr. da Autenticação 1769D6E3CCE3316E



EMERSON DA UNIDADE CONSUMIDORA  
DIA ADRIANA LEAL FERREIRA 201

CENTRO CARUARU  
CARUARU PE  
5500-150

EDOKA CONTRATO	0154980015	FECHA:	07/2018
FECHA DE VENCIMIENTO	12/07/2018	FECHA DE PAGAMENTO PROPOSTA	08/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)			107,38

IP SA 3000 TSCAL	SEMI	05/07/2019
07285748	GRCA	
05/07/2019	IP DO SUBENTE	IP SA 3000 TSCAL
	2002246317	003748

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Condutor Alvo (MVA)	120.0000000	8,74722083	85,89
Atrescção Handeira VERMELHA			8,89
Contribuição Beneficência Pública			4,42
ICMS Subvenção-CC6-NF 015322824-0705/18			0,00
Multa por atraso-NF 015322824- 0705/18			1,83
Juros por atraso-NF 015322824- 0705/18			0,80
Atualização ICMS-NF 015322824- 0705/18			1,14

TOTAL DA FOLHA

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO CERTA MOEDA FISCAL**

SPED REGISTRO	TIPO DA FOLHA	ANTERIOR 10/05/2017	ATUAL 10/05/2018	SPED REGISTRO	CONSTANTE 10/05/2018	AJUSTE	CONSUMO POR...
1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000

**COMPOSIÇÃO DE CONSUMO**

Descrição do Consumo	Valor	%	Saldo
Aluguel de Imóvel	1000	100%	1000
Aluguel de Veículo	1000	100%	1000
Aluguel de Equipamento	1000	100%	1000
Aluguel de Serviço	1000	100%	1000
Aluguel de Energia	1000	100%	1000
Aluguel de Transporte	1000	100%	1000
Aluguel de Comunicação	1000	100%	1000
Aluguel de Alimentação	1000	100%	1000
Aluguel de Lazer	1000	100%	1000
Aluguel de Saúde	1000	100%	1000
Aluguel de Educação	1000	100%	1000
Aluguel de Cultura	1000	100%	1000
Aluguel de Esporte	1000	100%	1000
Aluguel de Outros	1000	100%	1000

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Se desideri ricevere gratuitamente  
la nostra rivista "L'Espresso" e il  
kit di benvenuto, compila e invia  
questo coupon a: L'Espresso, c/o  
Editoriale, viale Mazzini 1, 00186  
Roma, Tel. 06/478941. Per  
confermare, ritaglia e invia il coupon  
entro il 31/05/97.

En caso de no cumplimiento de estos, el comprador de la única parte a por su cuenta, las cuales serán a su vez, las partes de los reglamentos de la industria de la SPC, a 225 x 30, con el siguiente espacio. Toda información de la industria de la SPC, a 225 x 30, con el siguiente espacio.

[illegible]

05/05/2018 07/2018 12/07/2018 107,38  
COTIZACION CONTRATO MEDIANTE DATA DE PRECATORIO TOTAL A PAGAR (R\$)  
B3870000001-0 07380011000-0 15496001510-3 120889524253-3



05.802.494/0001-41  
CORREÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

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



Tabela Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-400  
CNPJ 06.935.812/0001-40 | Insc. Est. 0035843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
FRANCISCA MARIA MARTINS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ADELIA LEAL FERRERA 267

CPF 386.121.004-53

CENTRO CARUARU  
CARUARU/PE  
55030-150

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Morgantina

CONTA CONTRATO  
0154960015  
MÊS  
07/2018  
DATA DE VENCIMENTO  
12/07/2018  
DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO  
06/08/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
107,38

INSCRIÇÃO	TIPO	CONTA
22289748	UNICA	05/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
06/07/2018	38612100453	806148

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residencial			120,0000000	0,74722053	89,66
Atividade Bandeira VERMELHA					8,50
Consumo de iluminação pública					4,45
ICMS Substituição - CCE-AP-016/2014-07/05/18					0,80
Multa por atraso - NF-01528294 - 07/05/18					1,33
Juros por atraso - NF-01528294 - 07/05/18					0,80
Atualização IGP-M - NF-01630294 - 07/05/18					1,54
					107,38

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSUMO	ADICION	CONSUMO (KWH)		
REGISTRO	FUNÇÃO	12/06/2018	12/07/2018	REGISTRO	(KWH)				
COMPARAÇÃO DE CONSUMO									
MÊS ANTERIOR		MÊS ATUAL		MÊS ANTERIOR		MÊS ATUAL		MÊS ANTERIOR	
12/06/18	120	12/07/18	120	12/06/18	120	12/07/18	120	12/06/18	120
11/06/18	110			11/06/18	110			11/06/18	110
10/06/18	100			10/06/18	100			10/06/18	100
09/06/18	90			09/06/18	90			09/06/18	90
08/06/18	80			08/06/18	80			08/06/18	80
07/06/18	70			07/06/18	70			07/06/18	70
06/06/18	60			06/06/18	60			06/06/18	60
05/06/18	50			05/06/18	50			05/06/18	50
04/06/18	40			04/06/18	40			04/06/18	40
03/06/18	30			03/06/18	30			03/06/18	30
02/06/18	20			02/06/18	20			02/06/18	20
01/06/18	10			01/06/18	10			01/06/18	10
01/06/18	00			01/06/18	00			01/06/18	00
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CONSUMO MENSAL									
CON									



## 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Martins da Silva Leimon inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.427.846.77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Allyson Martins da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.734.774 / 16 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Jose 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Adelia Beal Ferreira</u>		Número <u>267</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55030-150</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(81)9.9668-4814</u>

Caruaru de 12 de Dezembro de 2018  
Local e Data

Adriana Martins da Silva Leimon  
Assinatura do Declarante

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 50.050-010  
RECIFE-PE

## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, ROSANGELA GOMES FERNANDES,

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

Órgão SDS-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. Degredate, nº 198,

complemento 1ª 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 / motociclista

Modelo: HONDA / CG 150 TITAN MIX ES

Ano: 2009 - 2010

Placa: KJS 9915

Chassi: 9C2KE1020AR013258

Data do Acidente: 14/07/2018

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, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de ROSANGELA GOMES FERNANDES, selos: 0077073, SL 12201501.00977 - dou fe. CARUARU, 06/12/2018 15:55:02

Em testemunho da verdade

Josefa G. e Silva

Emolumentos R\$3,99 TSNR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 Op. DEBITO

124

Consulte autenticidade em: [www.130e.com.br/notario](http://www.130e.com.br/notario)





Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## 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

### AFERIÇÃO:

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

### QPD / 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

### RG:

TRAUMA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

### Conduta:

ORIENTAÇÕES, MEDICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA,

### Evolução:

Dr(a): **DIEGO ARAUJO DE CASTRO SANTANA**  
CRM - 23629  
Ass. do Médico  
14 JUL 2018



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 430755

Protein: 226184

Nome: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data Nasc.: 27/01/1995

Idade: 23

**Sexo:**

Cor. PARCA

Religion:

CPF: 10473477418

RG: 8946065

CNS: 698004-44910719

Nº: 267

Endereço: RUA PROF ADELIA DE AL

Bairro: PETROPOLIS

Cidade: CARUARU

CEP: 55030130

Form: 994315594

Profissão: VENDEDOR

Nome da Mãe: ROSELY JOSE DOS SANTOS

**Acompanhante:**

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTO-CICLETA

**Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 20/07/2016 14:43

Medicine MEDICO PLATONISTA

Queixa Principal / HDA:

Principal / HDA:  
The do as not he  
7 days very dis UPTA.

Exame Final:

Re - fect. ~~Presidencia~~  
Cable de radio E.

**Diag. Previsão**

Previsão: grande taxa de poluição.  
Cond: escuro, úmido

**Prescrição:**

**Diet:**

Date \_\_\_\_\_

### Horário

Dr. Nilton Peretti  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 10665

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

~~18 DEC 2018~~

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

25C151-75



NOME: Jose Allyson Mantovani da Silva

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura de cab. do rádio CID-10: S52.1, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 26.07.18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Felipe O. O. da Silva  
Classe de Especialidade: 010004  
CRM-PE 185.535  
Rég. 185.535

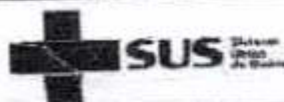
Bezerros, 31, 08, 18.

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





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

## Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA	6 - Número, do Prontuário 120421			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701102072482110	8 - Data Nascimento 27/01/1995	9 - Sexo MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe ROSELY JOSE DOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.94315594			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 () - VASSOURAL				
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município	18 - UF PE	19 - CEP	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos Paciente com queda de moto com frx de cotovelo avulsada
--

21 - Condições que justificam a internação necessidade de conexão cirúrgica
--

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) Ex físico + Rx.
--

23 - Diagnóstico inicial Fr cotovelo @	24 - CID 10 Principais S32.1	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas + 04.08.02.036.9
---	---------------------------------	------------------	---

27 - Descrição do Procedimento Solicitado internamento		28 - Código do procedimento + 04.08.02.013.0
---	--	---

29 - Clínica Ortopedia	30 - Caracter de Internação urgencia	31 - Documento ( ) CNS (x) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante Dr. Regenis Andrade
33 - Nome do Profissional Solicitante Regenis Andrade	34 - Data da solicitação 08/07/12	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro no Conselho) CREME- 5179	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado
--

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810541633-3
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)		

Assinatura  
08/07/2012  
Regenis Andrade



SUS

Sistema Único da Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Allyson M. de Jesus

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

226384

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898004344910719

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/01/95

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR

Branca

11 - NOME DA MÃE

Rosely Rome dos Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

94335594

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Prof. Adeline Beal, 267, Petropolis

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caramuru

17 - CDS, IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de moto. há 7 dias  
 veio de UPA local. com  
 fratura de crânio aberto e  
 talo crânio

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1. Queda de moto

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

Rx 7 ex. de crânio + talo

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

frat. crânio

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - NOME DO RESPONSÁVEL DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNES ( ) JCP

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

2897860149

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

10/1/95

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - SÉRIE

38 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNES ( ) JCP

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**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  
Convênio: SES- ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. DIOGENES GOMES DE ANDRADE XAVIER

Recapo.: SIMONE VITORIA DE SANTANA  
Matricula: 701102072482110  
Identidade:  
Cartão SUS: 701102072482110

Paciente: 120421 JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA  
Nascimento: 27/01/1995 - 23 Anos e 5 Meses  
Endereço: RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267  
Bairro: VASSOURAL CEP:  
IBGE/Cidade: CARUARU UF: PE  
Pai: ARIVALDO MARTINS DA SILVA  
Mãe: ROSELY JOSE DOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F. 10473477416  
Identidade: 8946055 SDS PE  
Telefone: 81.94315594  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORT. 470442

Queixa do Paciente:

paciente 23anos, com quadro de fr de femur, dpo,  
cotovelo esquerdo com para correção cirurgica.  
sem comorbidades

H.D.A.:

VIDE DRD

Exame Físico:

sem alteração  
Redução de mobilidade em MSE.

H.P.:

1) fr estavel 2)

Tratamento:

1) Necessidade de correção cirurgica  
2) sintomáticos

Bezerros, 23 de julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico



Vítima: Jose Allyson Martins da Silva

CPF: 104.734.774-16

Sinistro: 3180/594317

Exigência Documentação Médica.

Venho por meio desta carta esclarecer que no dia do meu acidente, 14/07/2018 fui socorrido por populares que me levaram até a UPA 248 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 Pequerino na cidade de Bezerros. Deixo informar que toda documentação médica desses hospitais já foram enviados para a Seguradora, não tendo mais nada pra apresentar, peço 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 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

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

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1219685290

NOME  
JOSE ALVALDO MARTINS DA SILVA

FOTO

CPF  
696055-808 PR

DTN  
104.734.774-18

DATA DE NASCIMENTO  
27/01/1995

PRACON  
ALVALDO MARTINS DA  
SILVA  
ROBERTO JOSE DOS SANTOS

PROFISSÃO  
NÃO  
CATEGORIA  
A2

Nº REGISTRO  
86260575508

PLACAS  
29/04/2019

VALIDADEZ  
16/12/2014

OBSERVAÇÕES  
sem observações

Assinatura do Titular

LOCAL  
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO  
30/12/2015

ASSINATURA DO DETRAN

43864055508  
22076439543

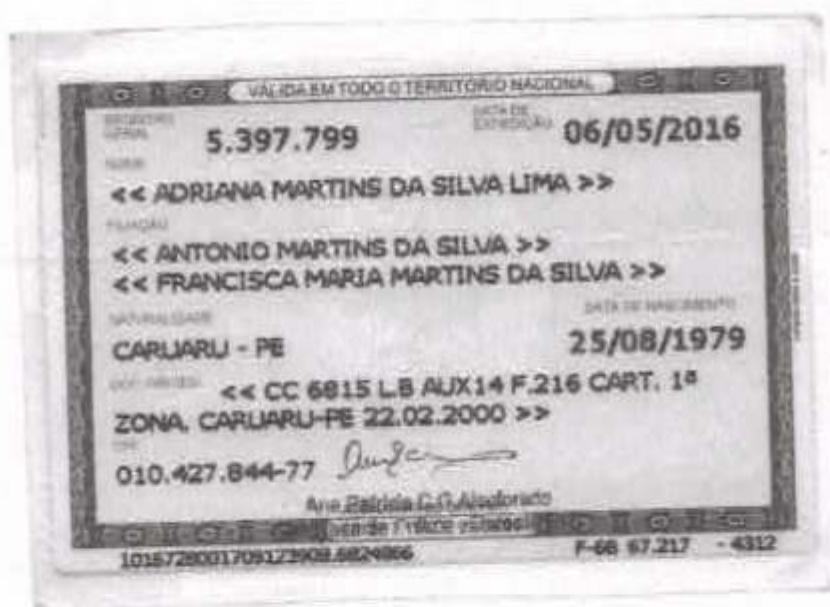
DETRAN - PE - RECIFE



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



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 011546002108

60984709502  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 202202544 RNTTC \*\*\*\*\*

ROSANGELA GOMES FERNANDES  
RUA DEZESETE 198  
CASA RENDEIRAS  
CARUARU-PE

55000-000

061.277.234-92

KJ99915

JOSE FERREIRA DA SILVA FILHO

9C2KC1620AR012258

PA3 /MOTOCICLETA/

ALCO/GASO

HONDA/CG150 TITAN MIX ES

2009 2010

2P/149CL  
20149074

PARTIC

CINJA

SEM RESERVA

*Carlos Eduardo Poças Amorim*

CARUARU-PE

Carlos Eduardo Poças Amorim Casa Nova  
Diretor Presidente DETRAN/PE

12/10/14

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

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LAVAREDES FILHO

01-R-12

REGISTRO GERAL 6892713 DATA DE EXPEDIÇÃO 15.05.2001

NOME ROSÂNGELA GOMES FERNANDES

FILIAÇÃO Vicente Gomes Fernandes  
Francisca Maria da Conceição

NATURALIDADE Catolé do Rocha-PB DATA DE NASCIMENTO 26.11.1981

COD. CIVIL C.N.8.396 L.A-9 F.65v, Cart. Brejo do Cruz-PB

ASSINATURA DO TITULAR ROSÂNGELA GOMES FERNANDES

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29-08-81

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 061.277.234-93

Nome ROSÂNGELA GOMES FERNANDES

Nascimento 26/11/1981

Cartão de identificação e atendimento

Que sempre apresentar junto com um documento de identidade

BRASIL

**CORREIOS**

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

# 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?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ 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 às 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

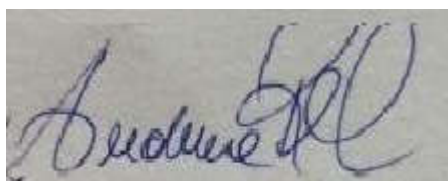
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAIOS 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 de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Jose Allyson Martins de Silva  
portador(e) do documento de identidade nº 8946055, expedido por SDS-PE, em  
30/12/2015 inscrito no CPF sob o nº 104.734.774-16, residente na  
Rua Adelia Leal Ferreira, nº 267  
complemento Para, Bairro Centro, cidade  
Carnaubeira, Estado PE.

2. Outorgado Adriana Martins da Silva Lima,  
portador(a) do documento de identidade nº 5397799, expedido por 505-PE, em  
06/05/2016, inscrito no CPF sob o nº 010.427.844.77, residente na  
Rua - Adelia Leal Ferreira, nº 261, cidade  
complemento casa, Bairro Centro, Estado PE  
Caruaru

Ampla 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.

os processos novos e complementares.

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

2º CARTÓRIO CARIMAN 06 de DEZEMBRO de 2018.

Outorgante x Jaciellyen Nantas da Silva



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2013

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

---

**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



---

**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



---

**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 médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 00159/00160 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13861218



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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 104.734.774-16 Nome completo da vítima: Jose 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: Jose Allyson Martins da Silva CPF: 104.734.774-16

Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Adelia Lacerda Ferreira Número: 267 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Corururu Estado: PE CEP: 55030-150

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel./DDD: (81) 9668-4844

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2778 CONTA: 45544 8

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Corururu 12/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

Jose Allyson Martins da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 05.802.494/0001-41

CPF: TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

2ª Nome: Assinatura

CPF: Assinatura

(\*) 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 apresentação de identificação do Instituto e do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR: CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



072



09/10/2018 08:34

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0045006302

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

Complementa o BO Número: 18E0045004431

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpeiro (Consumo)  
que aconteceu no dia 14/7/2018 às 18:00

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

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

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  
Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA



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

JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (não presente no plantão) -  
Masculino Mãe: ROSELY JOSE DOS SANTOS Pai: ARIVALDO MARTINS DA SILVA Data  
do Nascimento: 27/4/1988 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 - CEP: 55600-000  
- Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ROSANGELA GOMES FERNANDES (não presente no plantão) - Sexo:  
Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): ROSANGELA GOMES FERNANDES, que  
estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 Objeto apreendido: NÃO  
Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Place: 4359942 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Class: 202MC1620AR012122  
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2018



## Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ALLYSON PROCUROU A DELEGACIA DE PLANTÃO PARA REGISTRAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NA DE 232 FEMTO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, O ACIDENTE ACONTECEU, 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, ACIDENTE A VÍTIMA QUE A MESMA ERA QUEM CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA DESCRITO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, E CONDUZIDO PARA A UPAZINHORA, ONDE LOGO APÓS FOI REMOVIDO PARA O HRA-CARUARU, ONDE VEIO A SOFRER FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO SENDO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE NEERENOS, NADA MAIS A RELATAR.

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

X José Allyson *[assinatura]* de Souza

B.O. registrado por: DAVID LOPES DOS SANTOS JÚNIOR - Matrícula: 281236-8

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  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0045004431**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **14/7/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR - 222, 81 - Bairro: SÍTIO CIPÓ - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(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** Mãe: **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, 267 - CEP: 55000-000 - 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: **Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJS9615** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1620AR013268**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

O SENHOR **JOSE ALLYSON** PROCUROU A DELEGACIA DE PLANTÃO PARA REGISTRAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCUORRIDO NA BR 222 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 nesta unidade policial

*Jose Allyson Martins da Silva*

1 de 2

18/07/2018 15:48



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 304.734.774-16 Nome completo da vítima: Jose Alysson Martins da Silva

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

Nome completo: Jose Alysson Martins da Silva CPF: 304.734.774-16

Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Adelia Lacerda Ferreira Número: 267 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Concurru Estado: PE CEP: 55030-150

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2778 CONTA: 45544 8

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Local e Data: Concurru 12/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Jose Alysson Martins da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

05.802.494/0001-41

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RECIFE-PE

Assinatura

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



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## 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

### AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 109 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 79 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

### QPD / 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

### HD:

TRAUMA

18 DEZ 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

### Conduta:

ORIENTAÇÕES, MEDICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA.

### Evolução:

Dr. Diego A. Araujo de Castro Santana  
CRM - 23629

14 JUL 2018

Ass. de Médico

Dr(a): **DIEGO ARAUJO DE CASTRO SANTANA**

CRM - 23629