

## **DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**



Eu, ELENILDO ARRUDA DA SILVA

RG nº 7.860.876, data de expedição 29/07/05 Órgão SOS-PE,

CPF nº 080-362.524-63, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA EDSON ALVARES
Número	102
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	MACHAOS
Estado	PERNAMBUCO
CEP	55740-000
Telefone de Contato	(81) 9706-5834-9696-4979
E-mail	elxassenorval@rotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Orbá-PE, 21 de junho de 2016

Assinatura do Declarante: Elenilda Araújo da Silva

Lote 0400180002  
JOSEFA BEZERRA CASA V.

CNPJ 036 647 084-45

CEP 030 00-000  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
MORumbá

ANALYST: UNCA  
003176624  
02/01/2016  
2000312705  
24/02/2016

RAZÃO SOCIAL/NAME

CENTRO MACHADOS  
MACHADOS PB  
58740-000

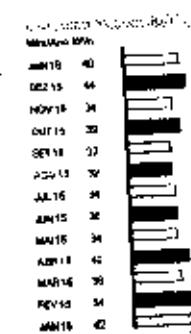
7016450566 01/2016

02/01/2016 24/02/2016

Consumo: 0,00  
Ajuste no Balanço: 0,00  
Corrigido: 0,00

#### TOTAL DA FATURA

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
ANALYST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
ICMS	24,96	22,30	1,62	0,00	0,00
PIS	14,96	13,16	1,12	0,00	0,00
COFINS	30,96	27,48	1,62	0,00	0,00
Total	70,88	62,94	3,36	0,00	0,00

PP11 3990 AB45 B5CA EBCE 2884 BTB2 BCD

Consumo: 0,00  
Ajuste no Balanço: 0,00  
Corrigido: 0,00

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
ANALYST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PIS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COFINS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Consumo: 0,00 Ajuste no Balanço: 0,00 Corrigido: 0,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADOS

O Renascer  
Uma nova história.

Documentação médica Hospitalar  
000007

**HOSPITAL EDSON ÁLVARES**  
**Rua José Alexandre, 240**  
**Fone: 3649.1162**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**FICHA DE EMERGÊNCIA**

DATA: 21/09/2016 HORA: 20:55h

EMERGÊNCIA:

REGISTRO:

NOME: Elenilbo Andrade da Silva

SEXO: M IDADE: 29 ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 10/10/31/86

ENDEREÇO: Rua: Edson Álvares - Machados

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Juciano A. da Silva

QUEIXAS:

Dor e espas em joelhos pés e punhos

Depois acidente automobilístico

-Tremor nos dedos na mão S.F. = 3/3 (L)

-Fenômeno epígrafe

-Voluntar tornozeleira

-Dificuldade de falar

INTERNAÇÃO

TRANSFERIDO

OBSERVAÇÃO

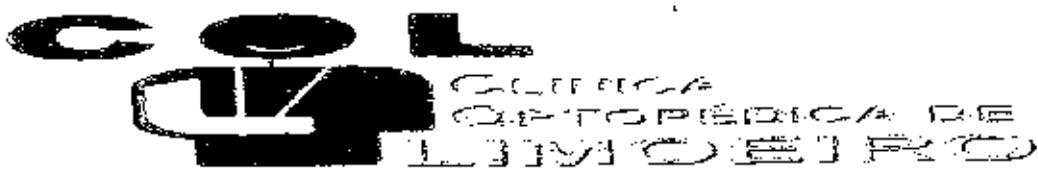
ÓBITO

ALTA

**CÓDIGO PROCEDIMENTO**

MÉDICO

RECEPCIONISTA



**ORTOPEDIA- TRAUMATOLOGIA FISIOTERAPIA REUMATOLOGIA  
NEUROLOGIA RADIOLOGIA GERAL - RX E MAMOGRAFIA DIGITAL  
EXAMES LABORATORIAIS DENSITOMETRIA ÓSSEA ULTRASSONOGRAFIA  
GERAL E MUSCULOESQUELÉTICA PSICOLOGIA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**LAUDO MÉDICO**

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ELENILDO ARRUDA DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/02/2016 sofrendo FRATURA DO NAVICULAR PÉ DIREITO submetido a tratamento conservador com imobilização gessada. Atualmente apresenta dor e edema no médio pé direito (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA). Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO , 09/05/2016

*Roberto de Castro Costa*  
Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11.730 / TCR: 7.324

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
**CRM: 11.730**

RUA ANTONIO FERNANDES SALSA, N° 314 LIMOEIRO-PE FONE: 81 3628-6133  
C.N.P.J: 12.230.762/0001-63  
e-mail: [colfraturas@yahoo.com.br](mailto:colfraturas@yahoo.com.br)



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADOS

O Renascer  
Uma nova história.

Documentação médica Hospitalar  
000007

**HOSPITAL EDSON ÁLVARES**  
**Rua José Alexandre, 240**  
**Fone: 3649.1162**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FICHA DE EMERGÊNCIA**

DATA: 21/09/2016 HORA: 20:55h

EMERGÊNCIA:

REGISTRO:

NOME: Elenilbo Andrade da Silva

SEXO: M IDADE: 29 ESTADO CIVIL: Solt. DATA NASC.: 10/10/31/86

ENDEREÇO: Rua: Edson Álvares - Machados

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Juciano A. da Silva

QUEIXAS:

Dor e espas em joelhos pés e punhos

Depois acidente automobilístico

-Tremor nos dedos na mão S.F. = 3/3 (L)

-Fenômeno

-Voluntarismo

-Dificuldade de falar

INTERNAÇÃO

TRANSFERIDO

OBSERVAÇÃO

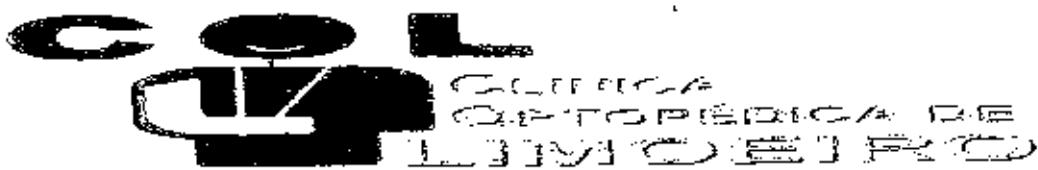
ÓBITO

ALTA

**CÓDIGO PROCEDIMENTO**

MÉDICO

RECEPCIONISTA



**ORTOPEDIA- TRAUMATOLOGIA FISIOTERAPIA REUMATOLOGIA  
NEUROLOGIA RADIOLOGIA GERAL - RX E MAMOGRAFIA DIGITAL  
EXAMES LABORATORIAIS DENSITOMETRIA ÓSSEA ULTRASSONOGRAFIA  
GERAL E MUSCULOESQUELÉTICA PSICOLOGIA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**LAUDO MÉDICO**

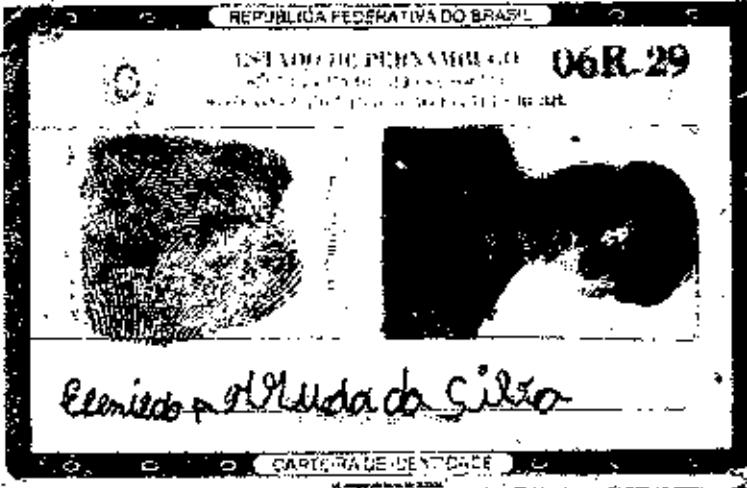
Declaro para os devidos fins, que o Sr. ELENILDO ARRUDA DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 21/02/2016 sofrendo FRATURA DO NAVICULAR PÉ DIREITO submetido a tratamento conservador com imobilização gessada. Atualmente apresenta dor e edema no médio pé direito (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA). Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO , 09/05/2016

*Roberto de Castro Costa*  
Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11.730 / TCR: 7324

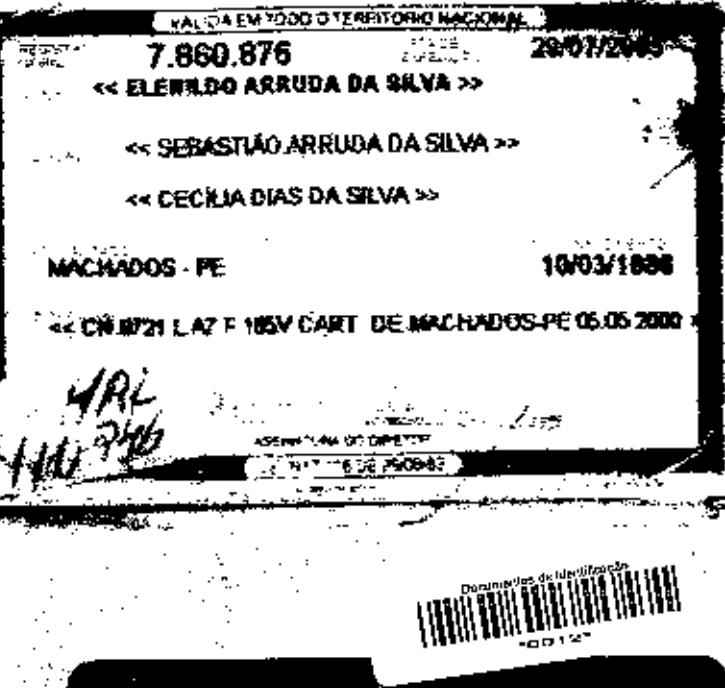
**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
**CRM: 11.730**

RUA ANTONIO FERNANDES SALSA, N° 314 LIMOEIRO-PE FONE: 81 3628-6133  
C.N.P.J: 12.230.762/0001-63  
e-mail: [colfraturas@yahoo.com.br](mailto:colfraturas@yahoo.com.br)



Eugenio P. Mendoza Silva

 CARTIER PARIS





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MÍNISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E PESAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 16780-000 DATA: 2015

ALFAIRY

MACHADO

PLACA: 580.329-59-94

DATA ANEXADA: 16/01/2015

ANEXO: 16781

DATA DE VENCIMENTO: 16/01/2016

MARCA: MARCHETTI

BONITA/CE 125 ZAN K3

DATA DE VENCIMENTO: 16/01/2016

ANEXO: 16781

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE CARRETA E/OU TRAILER SUJOS DE UMA PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 012195054211 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ATENMAR JOSE DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvosegurodetranito.com.br](http://www.dpvosegurodetranito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPIRAÇÃO: 15/10/15 DATA CADASTRAL: 15/10/15

MACHADO - PE VIA: 580.329-59-94 PLACA: 580.329-59-94

ALFAIRY MARCA: MARCHETTI 614.9434 NOME: ALFAY 125 ZAN K3

ANO/FAB: 2008 ANO/EXP: 2015 INSCRIÇÃO: SCEJIC41GANS16781

PRÉMIO TÁXI/AR: PRENTO DENATRAN PE CUSTO DO SEGURO: R\$ 0,00

VALOR DE REFERÊNCIA: R\$ 0,00 TOTAL DE PAGAMENTO: R\$ 0,00

DATA ÚLTIMA: 16/01/2015 PAGAMENTO: R\$ 0,00

SEGURADORA: BRASIL

DATA DE CADASTRO: 08/08/2014

[www.dpvosegurodetranito.com.br](http://www.dpvosegurodetranito.com.br)

seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT PROTOCOLO DE ENTREGA

INVALIDEZ PERMANENTE DAMS

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ELENILDO ARRUDA DA SILVADATA DO ACIDENTE 21-02-2016 CPF DA VÍTIMA 080-302.524-63PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ELENILDO ARRUDA DA SILVAQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ELENILDO ARRUDA DA SILVAENDEREÇO DO PORTADOR RUA EDSON ALVARESNº 102 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000E-MAIL elxaxxamaria.22@gmail.com TELEFONE (81) 9706-5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



## COS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- |                        |  |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MORTE = R\$ 13.500,00</li> <li>• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.</li> <li>• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> |
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT</li> </ul>  |
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO</li> <li>• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE <a href="http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR">WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR</a> OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204</li> </ul>                |

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/06/2016IDENTIDADE 2657799ASSINATURA Levy Chaves da Costa

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 29-6-16 MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_NOME Maria Jose da Silva Araújo  
Agente de Correios Ativ. Com.  
ASSINATURA Mel 8.500.340-5

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios da Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0989378/16

Vítima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
CPF: 080.302.524-63

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/02/2016

Titular do CPF: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ELENILDO ARRUDA DA SILVA : 080.302.524-63**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data: 22/07/2016  
Nome: ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
CPF/CNPJ: 080.302.524-63

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/07/2016  
Nome: ISABEL CRISTINA MODESTO DOS SANTOS  
CPF: 015.695.637-95

ELENILDO ARRUDA DA SILVA

ISABEL CRISTINA MODESTO DOS SANTOS

SAC DPVAT 0800 022 14 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender

ELENILDO ARRUDA DÁ SILVA

TELEFONE / Phone Number

(81) 9706-5834

ENDEREÇO / Address

RUA EDSON ALVARES, CENTRO

CEP / Zip

55740000

CIDADE / City

MACHADOS

UF / State

PE

PAÍS / Country

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160475209      **Cidade:** Orobó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENILDO ARRUDA DA SILVA      **Data do acidente:** 21/02/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/08/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO NAVICULAR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das PÉ** 25%

**sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160475209      **Cidade:** Orobó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENILDO ARRUDA DA SILVA      **Data do acidente:** 21/02/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do navicular do pé direito

**Descrição do exame médico pericial:** limitação moderada do apoio do pé direito,limitação funcional moderada do pé direito

**Resultados terapêuticos:** Quadro tratado de forma conservadora, com imobilização gessada , durante 75 dias, quando retirou, e teve alta definitiva para fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/09/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOSE CARLOS DE FRANCA LIMA

**CRM do médico:** 5916

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2016

Carta nº: 9487234

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

**Sinistro:** 3160475209 ASL-0989378/16  
**Vitima:** ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
**Data Acidente:** 21/02/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9577635

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

**Sinistro:** 3160475209 ASL-0989378/16  
**Vítima:** ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
**Data Acidente:** 21/02/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta n°: 9720022

A/C: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Sinistro: 3160475209 ASL-0989378/16  
Vitima: ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
Data Acidente: 21/02/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010016194-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

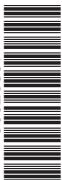
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160475209 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **ELENILDO ARRUDA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA EDSON ALVARES nº 53 - CENTRO - MACHADOS/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7860876 - SSP**

Data local do exame: **02/09/2016 SURUBIM/PE**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### **Fratura do navicular do pé direito**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

#### **Quadro tratado de forma conservadora, com imobilização gessada, durante 75 dias, quando retirou, e teve alta definitiva para fisioterapia.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### **limitação moderada do apoio do pé direito, limitação funcional moderada do pé direito**

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em                    dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

#### Região Corporal(Sequela)

#### **pé direito**

10%  25%  50%  75%  100%

#### Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

#### Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

#### Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - SURUBIM, 02/09/2016**

**Médico Perito: JOSE CARLOS DE FRANCA LIMA CRM: 5916**



Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **ELENILDO ARUVAIA DA SILVA**

POR TORADOR(A) DO RG Nº **7.860-876** EXPEDIDO POR **SNS-PE** EM **99/07/05**  
 CPF **0303002324-63** /CNPJ **000000000000000000**, PROFISSÃO **AGRICULTOR**  
 E RENDA MENSAL DE R\$ **800,00** (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **ELENILDO ARUVAIA DA SILVA**. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):**

Nº do BANCO **01** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **2039-7** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **26-194-2**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

*O dia 01 de junho de 2016* *Elenilda aruvaia da silva*  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
10/05/2016 - Autoatendimento - 10:17:42  
203971976 0547

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM POUPIANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO  
CLIENTE ELENILDO ARRUDA DA SILVA  
AGÊNCIA: 2039-7 CONTA: 16.194-2  
VARIAÇÃO 51  
VALOR TOTAL \* 50,00  
NR. ENVELOPE 2.352.816.843

\* Valor sujeito a conferência.

\* Dados do Envelope: nº 2.352.816.843  
\* acolhido em: 10/05/2016, na Agência 2039-7.

DECLARO-ME CLIENTE E DE ACORDO QUE OS  
CREDITOS EM POUPIANCA EFETUADOS A PARTIR  
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS  
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO  
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



1ª Via

**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

B.O.N° 160030000003

Boletim de Ocorrência

-0001-

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional <b>22º BPM</b>	Circunscrição <b>OROBÓ</b>			Data ou Registro <b>21 / 02 / 2015</b>	Hora do Registro <b>20:55</b>	Aviso de Ocorrências do CIOT Nº				
	<b>H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS</b>										
	Data (dd/mm/aa) <b>21 / 02 / 2016</b>	Hora (hh:mm) <b>20:40</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposo	<input type="checkbox"/> Flagra					
	Circunscrição do Fato <b>OROBÓ</b>		<input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Ato					
	Local Principal da Ocorrência <b>ESTRADA DE TERRA PLANAGEM - VILA MACHADINHO</b>										
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>ESTRADA DE TERRA PLANAGEM</b>					Número <b>1</b>					
	Complemento (Apto, Sala, Andar) <b>VIA PÚBLICA</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>				CEP <b>55745-000</b>					
	Município <b>OROBÓ</b>	UF <b>PE</b>	Ponto de Referência <b>VILA MACHADINHO</b>								
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	TURISTA				
	Nome / Razão Social <b>ELENILDO ARRUDA DA SILVA</b> Pai <b>SEBASTIÃO ARRUDA DA SILVA</b> Mãe <b>CECILIA DIAS DA SILVA</b> Apelido / Nome Fantasia										
		Sexo XM F [ <input checked="" type="checkbox"/> ]	Estado Civil 1. Solteiro(a) [ <input type="checkbox"/> ] 2. Casado(a) [ <input checked="" type="checkbox"/> ] 3. Viúvo(a) [ <input type="checkbox"/> ] 4. Divorciado(a) [ <input type="checkbox"/> ] 5. Amasiado(a) [ <input type="checkbox"/> ] 6. Separado(a) [ <input type="checkbox"/> ] 7. Não Informado [ <input type="checkbox"/> ]								
Data de Nascimento <b>10/ 03 / 1965</b>	idade aparente [ <input checked="" type="checkbox"/> ]	1. Recém-nascido / Lactante [ <input type="checkbox"/> ] 2. Criança (1-12 anos) [ <input type="checkbox"/> ] 3. Adolescente (13-17 anos) [ <input type="checkbox"/> ]	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) [ <input type="checkbox"/> ] 5. Adulto (31-65 anos) [ <input type="checkbox"/> ] 6. Idoso (Acima de 65 anos) [ <input type="checkbox"/> ]	Escolaridade 1.º Grau Completo [ <input type="checkbox"/> ] 2.º Grau Incompleto [ <input type="checkbox"/> ] 3.º Grau Completo [ <input type="checkbox"/> ]	4.º Grau Incompleto [ <input type="checkbox"/> ] 5. Superior Completo [ <input type="checkbox"/> ] 6. Superior Incompleto [ <input type="checkbox"/> ]	7. Não Informado [ <input type="checkbox"/> ]					
X RG <input type="checkbox"/> CNH <b>7.860.876</b>	Órgão Expedidor <b>SDA</b>	UF <b>PE</b>	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? <b>080.302.624-63</b>	Órgão Expedidor <b>SRF</b>	Naturalidade <b>MACHADOS - PE</b>						
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>RUA EDSON ALVARES</b>					Número	Complemento <b>CASA</b>					
Bairro <b>CENTRO</b>		CEP <b>55740-000</b>	Município <b>MACHADOS</b>	UF <b>PE</b>	Telefone / Contato (DDD-Número)						
Altura Aparente [ <input checked="" type="checkbox"/> ]	1. Até 0,8m 2. 0,8-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [ <input type="checkbox"/> ] 2. 21-30kg 3. 41-60kg	4. Até 20kg 5. 21-50kg 6. Acima de 50kg	5. 61-80kg 6. 81-100kg 8. Acima de 100kg	Cor da Pele [ <input type="checkbox"/> ]	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Bigode [ <input type="checkbox"/> ] Sim [ <input type="checkbox"/> ] Não		
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão <b>AGRICULTOR</b>				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)					
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)			Defeito Físico (Descrever)			Dentes (Descrever)					
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	TESTEMUNHA	OUTROS	TURISTA	Sim X Não				
Nome / Razão Social <b>VALDIR GOMES DA SILVA</b> Pai <b>MANOEL FRANCISCO DA SILVA</b> Mãe <b>JOSEFA FRANCISCA DA SILVA</b> Apelido / Nome Fantasia											
Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM F [ <input checked="" type="checkbox"/> ]	Estado Civil 1. Solteiro(a) [ <input type="checkbox"/> ] 2. Casado(a) [ <input checked="" type="checkbox"/> ] 3. Viúvo(a) [ <input type="checkbox"/> ] 4. Divorciado(a) [ <input type="checkbox"/> ] 5. Amasiado(a) [ <input type="checkbox"/> ] 6. Separado(a) [ <input type="checkbox"/> ] 7. Não Informado [ <input type="checkbox"/> ]								
Data de Nascimento <b>20 / 06 / 1956</b>	idade aparente [ <input type="checkbox"/> ]	1. Recém-nascido / Lactante [ <input type="checkbox"/> ] 2. Criança (1-12 anos) [ <input type="checkbox"/> ] 3. Adolescente (13-17 anos) [ <input type="checkbox"/> ]	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) [ <input type="checkbox"/> ] 5. Adulto (31-65 anos) [ <input type="checkbox"/> ] 6. Idoso (Acima de 65 anos) [ <input type="checkbox"/> ]	Escolaridade 1.º Grau Completo [ <input type="checkbox"/> ] 2.º Grau Incompleto [ <input type="checkbox"/> ] 3.º Grau Completo [ <input type="checkbox"/> ]	4.º Grau Incompleto [ <input type="checkbox"/> ] 5. Superior Completo [ <input type="checkbox"/> ] 6. Superior Incompleto [ <input type="checkbox"/> ]	7. Não Informado [ <input type="checkbox"/> ]					
X RG <input type="checkbox"/> CNH <b>1.388.112</b>	Órgão Expedidor <b>SSP</b>	UF <b>PE</b>	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? <b>NÃO PORTAVA</b>	Órgão Expedidor —	Naturalidade <b>OROBÓ</b>						
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>VILA MACHADINHO</b>					Número <b>S/N</b>	Complemento <b>CASA</b>					
Bairro <b>ZONA RURAL</b>		CEP <b>55745-000</b>	Município <b>OROBÓ</b>	UF <b>PE</b>	Telefone / Contato (DDD-Número)						
Altura Aparente [ <input type="checkbox"/> ]	1. Até 0,5m 2. 0,5-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [ <input type="checkbox"/> ] 2. 21-40kg 3. 41-60kg	4. Até 20kg 5. 21-40kg 6. Acima de 40kg	5. 61-80kg 6. 81-100kg 8. Acima de 100kg	Cor da Pele [ <input type="checkbox"/> ]	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Bigode [ <input type="checkbox"/> ] Sim [ <input type="checkbox"/> ] Não		
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO <b>AGRICULTOR</b>				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)					
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)			Defeito Físico (Descrever)			Dentes (Descrever)					

Assinatura do interessado(a):

Assinatura do responsável pelo preenchimento:





ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1ª Via

B.O N° 16E0216000083

1ª Parte

2ª

Modus Operandi	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição OROBO	Date ou Registro 21/02/2016	Hora do Registro 20:55	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02												
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?														
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?														
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?														
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série													
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
	Qual o motivo do registro do objeto?																
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série													
Dados do Veículo	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
	Qual o motivo do registro do objeto?																
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan												
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
DADOS DO CONDENADO	Qual o motivo do registro do veículo																
	Envolvido 01	Marca / Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Cor PRÉTA	Ano 2009	Renavan 167470434												
	UF PE	Chassi 9C2JC411BAR518731	Placa KLO3849	Veículo Apreendido? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não													
	Qual o motivo do registro do veículo <b>ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>																
<p><b>Ao tomar conhecimento de um acidente de trânsito na estrada da terra planagem, na vila Machadinho, a Viatura deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde a motocicleta de placa KLO3849-PE, de propriedade da Sr Adenor Jose da Silva, conduzido pela vítima Elenildo Arruda da Silva, que ao ser trancado por um veículo de placa e condutor não identificado, perdeu o controle e caiu, sofrendo vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Edson Alvares e devido às gravidades dos ferimentos foi transferida para outro centro hospitalar.</b></p> <p style="text-align: right;"><i>(Assinatura)</i> GPF 773 804 004-51 Tansitivo 2722-11</p>																	
<b>Exames Periciados:</b> S. Solicitado R. Realizado <table border="1"> <tr> <td>Tipo de Exame</td> <td>Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> <td>Tipo de Exame</td> <td>Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> <td>Tipo de Exame</td> <td>Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> </tr> <tr> <td>Condutor</td> <td><input type="checkbox"/> Recebedor</td> <td>Matrícula</td> <td></td> <td>Viatura</td> <td></td> </tr> </table>						Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Condutor	<input type="checkbox"/> Recebedor	Matrícula		Viatura	
Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R												
Condutor	<input type="checkbox"/> Recebedor	Matrícula		Viatura													
Responsáveis	Responsável pelo Preenchimento Metrícula Ass.: Nome: <i>(Assinatura)</i> Joel 273 804 004-55 Tansitivo 2722-11	Interessado(s): Ass.: Nome:		Preenchimento pela Validação Metrícula Nº Ass.:													
	<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>ESTADO DE PERNAMBUCO</b> <b>SERVICO REGISTRAL E NOTARIAL DE GRUPO/PE, R. Prof. Mariano de Aguiar, 15 - (81)3656.1126. C.R.F./PE AUTENTICA, conforme o original apresentado, em 27/02/2016. (Assinatura) Maria da Conceição dos Santos Souza - Advogado no Cartório: Rua 278 - TSB/PE, R\$ 0,62 - HERD: R\$ 0,32 - Totais R\$ 3,72 - Oficialunica.oroobo@gmail.com. Celular(s) 087 602.81601.00405</b>																



REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação	MACHADOS - PE		Gênero
	Unidade-Sentinela	H.E.A	CHES	Vítima Nº
	Data do acidente	21-02-2016	Número de Registro / Prontuário	
	Nome	ELENILDO ARREUDA DA SILVA		
	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	Data de nascimento	10-03-1986 <input type="checkbox"/> Ignorado
	Idade	29 ANOS <input type="checkbox"/> Ignorado	Ocupação	AGRICULTOR <input type="checkbox"/> Ignorado
	Município de residência	MACHADOS - PE		
	Raça/Cor	<input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input checked="" type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 6 Ignotada	Código IBGE	
	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência	<input type="checkbox"/> 1 Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 3 Ignorada	Código IBGE	
Enderço do acidente	VALA MACHADINHO			
Data do acidente				
Diário da ocorrência do acidente	Horário do acidente	Modo de locomoção da vítima ao momento do acidente		
<input checked="" type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input checked="" type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB	<input type="checkbox"/> 1 Condutor <input checked="" type="checkbox"/> 2 Passageiro <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 5 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Aéreo <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Peixeiro <input type="checkbox"/> 6 Vôo de avião <input type="checkbox"/> 7 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro		
Acidente relacionado ao trânsito?	Tipo de acidente	Outra possível explicação para o acidente		
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Colisão entre veículos <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 3 Acidente deletante <input type="checkbox"/> 4 Tombaramento/capotação <input type="checkbox"/> 5 Outro	<input type="checkbox"/> 1 Asfixia <input type="checkbox"/> 2 Monociclo <input type="checkbox"/> 3 Explosão <input type="checkbox"/> 4 Golpe <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Vôo de avião <input type="checkbox"/> 8 Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 9 Não se aplica <input type="checkbox"/> 6 Outro		
Resposta para o acidente	Resposta para o acidente	Resposta para o acidente		
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 4 Não se aplica	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input checked="" type="checkbox"/> 3 Ignorado <input type="checkbox"/> 4 Não se aplica	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado <input type="checkbox"/> 4 Não se aplica	
Outro fator relacionado ao acidente	Outro fator relacionado ao acidente	Outro fator relacionado ao acidente		
Modo de locomoção da vítima para chegar à Unidade-Sentinela	1 Veículo particular <input checked="" type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/ambulância <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 Aéreo <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Transferência da vítima		
Condições da vítima ao chegar na Unidade-Sentinela	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Fria <input type="checkbox"/> 3 Fria e úmida <input type="checkbox"/> 4 Fria e úmida e congelada <input type="checkbox"/> 3 Morte <input type="checkbox"/> 4 Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado		
Evolução	<input type="checkbox"/> 1 AOB <input type="checkbox"/> 2 Encaminhamento Ambulatorial <input type="checkbox"/> 3 Internação Hospitalar <input type="checkbox"/> 4 Encaminhamento para outro serviço <input type="checkbox"/> 5 Evolução <input type="checkbox"/> 6 Outro <input type="checkbox"/> 7 Ignorado			
Responsável pelo preenchimento	Silvia Barbosa - Fone: Recpcionista			
Observações				

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILDO ARRUDA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016194-4

---

Nr. da Autenticação 3A699209D1C7BD4F