



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0099002387

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2017** às **14:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/2/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA HELIO BRANDAO, 1** - Bairro: **IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUANA NASCIMENTO BATISTA (AUTOR\AGENTE)
WILLIAM CICERO ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WILLIAM CICERO ALVES
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUANA NASCIMENTO BATISTA

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

WILLIAM CICERO ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IVANISE ALVES** Pai: **CICERO VICENTE ALVES** Data de Nascimento: **5/8/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6175904/SSP/PE (RG), 00888402210 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GUARDA DE SEGURANCA** Telefones Celulares: **- 999769159**

Endereço Residencial: **RUA CLAUDIO JOSE DE LIMA, 11 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM SAO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUANA NASCIMENTO BATISTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUANA NASCIMENTO BATISTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUANA NASCIMENTO BATISTA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMD1921 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Ano Fabricação/Modelo: **2005/NÃO INFORMADO**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WILLIAM CICERO ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLIAM CICERO ALVES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXV2313 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA SEU VEICULO2 QUANDO FOI ABALRROADO PELO VEICULO1 QUE ERA CONDUZIDO PELA AUTORA, A EQUIPE DO SAMU FOI ACIONADA PORÉM DEVIDO A DEMORA A VITIMA SEU CONJUGE ACIONOU UM TAXI E CONDUZIU A VITIMA ATÉ O HAPIVIDA ESPINHEIRO, CONFORME PRONTUÁRIO: 6777619 E ATENDIMENTO: 12396867.

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

X William C. Alves
WILLIAM CICERO ALVES
(VITIMA)



B.O. registrado por: ADILSON FERREIRA DA SILVA - Matrícula: 350726-2

[Imprimir](#)

RECIBO

DATA 03/08

HORA 07:00
MÉDICO: *Ricardo*

Trazer no dia AGENDADO, OFICIO com este recibo anexado, mais COPIA do documento pessoal e cópias da Ficha de Esclarecimento do Hospital e/ou laudo médico. (Se Exame Complementar IML) trazer o resultado do exame feito na IML) Atendimento por ordem de chegada!



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA
3ª DESEC - 9ª DP - IPSEP

25569/18

Ofício nº 0409/2017 SA.

Recife, 15 / 08 / 2017.

Senhor Gestor:

Pelo presente, encaminho a V. Sa, para que seja procedido o competente **Exame Pericial Traumatológico**, na pessoa abaixo qualificada.

Nome: William Cicero Alves

Filiação: MARIA IVANICE ALVES e Cicero Vicent Alves

Data de Nascimento: 05/08/1981

Documento de Identificação: 6175.904 553 PE

Endereço da Vítima: Rua Claudio José de Lima nº 11 - jd São Paulo Recife

Informações Técnicas:

OBS: O LAUDO DEVERÁ SER REMETIDO: DP do IPSEP

Ref BO.: 17E0089002387

Recebi em 15/08/2017

William Cay Alves

Cordialmente,

Silvana Carla Pereira da Costa
Silvana Carla Pereira da Costa
Delegada de Policia

POLICIAL:

MAT.: 350534-0

Ilmo. Sr.
Gestor do Instituto de Medicina Legal – IML
Nesta

Av. Jean Emile Favre, s/n, Ipsep, Recife/PE
Fone: 3184 3477/3478

TRAUMATOLOGIA
Recife
09/07/18 f: 35-
juni 2018 2.2

CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 25569 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 009A. CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP
Ofício nº. 409 / 2018 Data 9 / 7 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 009A. CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 07:31 do dia 9 de Julho de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de WILLIAM CICERO ALVES filho(a) de CICERO VICENTE ALVES e de MARIA IVANISE ALVES, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), aparentando a idade de 36 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 6175904, profissão GUARDA MUNICIPAL, endereço RUA CLAUDIO JOSE DE LIMA, nº 11, complemento: NÃO INFORMADO, bairro JARDIM SAO PAULO, telefone/s , (81)99976-9159 , RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere acidente de trânsito dia 10 de fevereiro de 2017 por volta das 13 horas, quando foi atingido por um carro quando estava de motocicleta. Refere após o acidente ter sido levado para Hospital da Hapvida onde foi atendido. Traz cópia de atendimento médico realizado por Eulino Alves Coutinho CRM 11699 que diz atendimento as 19:54 no dia 10/02/2017, radiografia com fratura da ponta da clavícula direita sem desvio, alta as 19:59, realizada medicação antiinflamatória e imobilização. Traz laudo médico assinado pelo médico Rinaldo Lucena CRM1112 que diz: portador de fratura de clavícula direita, apto ao trabalho. Refere ter usado imobilização com sessenta dias. Traz laudo de fisioterapia da data de 15/06/2017 que refere que existia discreta dor ao movimento de ombro e ao esforço.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Não encontrei ao presente exame, evidências de lesões corporais de interesse médico-legal.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Achados no exame pericial e em documentação de atendimento médico trazido pelo periciando, compatíveis com relato do mesmo de trauma contuso em ombro direito. Realizou tratamento proposto, estando recuperado no momento.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. SIM. INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUais POR MAIS DE TRINTA DIAS.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto(a) médico(a) legista que assina Drº. LINCOLN ALVES RIBEIRO - CRM 14719.

Lincoln Ribeiro
CRM 14719
Med. Leg. 30000-3

Perito responsável



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Setor de Protocolo

De acordo com o Legislação em vigor, foi extraída esta cópia
autenticada com assinatura do original por solicitação

de WILLIAM CICEBO

ALVES Pelo Ofício N°
25/02/19 16419 Dashed de
A quem dou fé e Assino.

Funcionário - Matriúla

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

ESTADO DE PERNAMBUCO

Alexandre Cadena Maia
ASGP - Mat. 296.534-B
IMLAPC/GGPOC/SDS/PE

A circular official stamp. The outer ring contains the text "Maria da Glória Vasconcelos" at the top and "Titular" at the bottom. The inner circle contains "14º" at the top, "DISTRITO" in the center, and "Varzea - Iputinga" and "Recife - PE" stacked vertically below it.

CERTIDÃO DE CASAMENTO
RELIGIOSO COM EFEITO CIVIL

NAME:
WILLIAM CICERO ALVES
e
RENATA ALVES DE LIMA

MATRÍCULA: 076240 01 55 2014 3 00008 289 0002489 36

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E ETIQUETAS DOS CANTORES

WILLIAM CICERO ALVES,
nascido em Recife, Estado
de Pernambuco, a 5 de
agosto de 1981,
nacionalidade brasileira,
filho de CICERO VICENTE
ALVES e MARIA IVANISE ALVES

RENATA ALVES DE LIMA,
nascida em Paulista, Estado
de Pernambuco, a 8 de
dezembro de 1988,
nacionalidade brasileira,
filha de ITHAMÁ DE LIMA e
ROSILENE ALVES DA SILVA

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTERNO _____ DIA ____ MES ____ ANO ____
Vinte e cinco de março de dois mil e _____ 25 03 2014
quatorze

REGIME DE BIENS DO CASAMENTO _____
Comunhão Parcial de Bens

**NOME QUE CADA UM DOS CONJUGUES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO) —
O MESMO NOME (ele) e O MESMO NOME (ela)**

OBSERVAÇÕES / AVERBAGENS
Ato registrado no livro B AUX-8, às folhas 289, sob o
nº 2489. Data da celebração de casamento: 22 de fevereiro
de 2014.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.

Recife, 25 de março de 2014

Cláusula de Alcance Piso

Cleibson de Alacoque Dias
Escrevente Autorizado

NOME DO OFÍCIO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL - VARGAS
OFICIAL REGISTRADOR MARIA DA GLÓRIA VASCONCELOS
MUNICÍPIO/UF RECIFE/PE MUNICÍPIO NACIONAL QUALQUER ADULTERAÇÃO OU EMENDA IRÁ
ENDERECO Av. Caxangá, 3499, Trutininga, CEP.: 50.000-000





São Paulo, 26 de junho de 2019.

SEGURADO: WILLIAM CICERO ALVES
APÓLICE: AUSAM0269120600601247110
VEÍCULO: SULAMÉRICA MOTO PLANO 2 - 200 KM
PLACA: NXV2313
CHASSIS: 9C2KC1640AR055373

RELATO DE ATENDIMENTO

Informamos a quem possa julgar necessário que, conforme solicitado, verificamos em nossos registros e constatamos que no dia 10/02/2017, às 16h43m, o segurado acima mencionado solicitou serviços da nossa assistência 24 horas.

Abaixo segue o descritivo com o número do protocolo, data da assistência e motivo da chamada conforme narrado pelo cliente.

Protocolo: 31742056;

Data de início da assistência: 10.02.2017;

Motivo da Solicitação: Acidente material;

Endereço da Solicitação: R. Hélio Brandão, 1220 - Ipsep, Recife - PE;

Esperamos assim ter esclarecido as informações sobre o atendimento fornecido e nos colocamos à disposição para melhores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Departamento de Qualidade

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM

[Imprimir Segunda Via de C](#)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Agência
de Pernambuco

www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

WILLIAM CICERO ALVES

CPF: 038.218.284-71

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CLAUDIO JOSE DE LIMA 11 CS- 10

JARDIM SAO PAULO/RECIFE
50920-280 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

147,27

CLASSIFICAÇÃO

RESERVADO AO F.SCO
1E

DESCRICA DA NOTA

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
122,96	25,00	30,74	122,96	1,35	1,65	122,96	6,21	7,63

70000 13015 00

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

WILLIAM CICERO ALVES
CPF: 038.218.284-71

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CLAUDIO JOSE DE LIMA 11 CS- 10

JARDIM SAO PAULO/RECIFE
50920-280 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
26/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
147,27

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
09/04/2019

DATA DA AFRESENTAÇÃO
16/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
057503518

CONTA CONTRATO
007024434863

Nº DO CLIENTE
2002912381

Nº DA INSTALAÇÃO
0006371669

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO F.SCO

1E60.2802.B1E1.44B6.889B.37C4.C749.6811

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	159,00	0,77336892	122,96
Contrib. Ilum. Pública Municipal			22,73
ICMS Subvenção-CDE-NF 046157902-10/01/19			0,73
ICMS Subvenção-CDE-NF 049923151-08/02/19			0,85
TOTAL DA FATURA			147,27

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
122,96	25,00	30,74	122,96	1,35	1,65	122,96	6,21	7,63

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,5156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

ABR	19	159
MAR	19	207
FEV	15	143
JAN	19	179
DEZ	18	237
NOV	18	208
OUT	18	116
SET	18	108
AGO	18	100
JUL	18	104
JUN	18	129
MAI	18	115
ABR	18	191

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %

Geração de Energia 37,08 30,16

Transmissão 5,49 4,46

Distribuição (Celpe) 25,68 20,88

Encargos Setoriais 6,61 5,38

Tributos 40,02 32,55

Perda de Energia 8,08 6,57

TOTAL 122,96 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003160897219	CAT	12/03/2019	4.102,00	09/04/2019	4.261,00	28	1.000000 0,00 159,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍCÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		fev/2019			
DIC-No. de Horas sem Energia	VARZEÀ	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 43,77					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/1 16/02/2017 15:56

Paciente: WILLIAM CICERO ALVES	Atendimento: 12396867	Prontuário: 6777619	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): ELBA MARTINS FERREIRA DE MELO COREN 316745 [1]	Nº: 04162824	10/02/2017	às 20:18

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE VOLTAREN INJETAVEL AMPL 75MG IM JUSTIFICADO AS 20:02, EM [1]
SUPORTE 10/02/2017 RESP. ELBA MARTINS FERREIRA DE MELO, COREN/PE
316745. MOTIVO: ADM

IMOBILIZACOES N/ GESSADAS-QUALQUER SEGMENTOS 1
JUSTIFICADO AS 20:02, EM 10/02/2017 RESP. ELBA MARTINS
FERREIRA DE MELO, COREN/PE 316745. MOTIVO: FEITO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/1 16/02/2017 15:56

Paciente: WILLIAM CICERO ALVES	Atendimento: 12396867	Prontuário: 6777619	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO CRM 11699 [1]	Nº: 04162720	10/02/2017	às 19:54

ANAMNESE

Queixa Principal	RX = FRATURA DA PONTA DA CLAVICULA DIR SEM DESVIO MARCAR CONSULTA PARA DR RINALDO PACIENTE TEM TIPOIA AMERICANA EM CASA	[1]
CID10	S420 FRAT DA CLAVICULA	[1]

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica	S420 FRAT DA CLAVICULA	[1]
CID10		

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

DATA/HORA DA ALTA	S420 FRAT DA CLAVICULA	[1]
Data Da Alta	10/02/2017	
Hora Da Alta	19:59	[1]

NOME: WILLIAM CICERO ALVES
CPF: 3821828471

CARTEIRA : 80372001478006

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
15/02/2017 14:12	HAPCLINICA RECIFE	RINALDO ROCHA LUCENA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
QUEIXA :	FRAT CLAVÍCULA D		
HDA :			
EXAME FISICO :			
EXAMES SOLICITADOS :			
CONDUTA :			
RECEITA :			
CID :	S420		

CARTEIRA : 80372001478006

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
15/02/2017 14:20	HAPCLINICA RECIFE	RINALDO ROCHA LUCENA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
QUEIXA :	FRAT CLAVÍCULA D		
HDA :			
EXAME FISICO :			
EXAMES SOLICITADOS :	32030045 - CLAVICULA		
CONDUTA :			
RECEITA :			
CID :	S420		

CARTEIRA : 80372001478006

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
15/03/2017 14:17	HAPCLINICA RECIFE	RINALDO ROCHA LUCENA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
QUEIXA :	FRAT CLAVÍCULA D		
HDA :			
EXAME FISICO :			
EXAMES SOLICITADOS :	32030045 - CLAVICULA		
CONDUTA :			
RECEITA :			
CID :	S420		

CARTEIRA : 80372001478006

DATA/HORA	LOCAL	MEDICO	ESPECIALIDADE
19/04/2017 15:58	HAPCLINICA RECIFE	RINALDO ROCHA LUCENA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
QUEIXA :	FRAT CLAVÍCULA D		
HDA :			
EXAME FISICO :			
EXAMES SOLICITADOS :			
CONDUTA :			
RECEITA :			
CID :	S420		

Dr. Rinaldo Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1

Mapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - 2- Nº 21572438

SP/SADT

1 - Registro ANS ANS n° 36825-3		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Sessão		6 - Data de Validade da Sessão		7 - Data de Emissão do Guia											
DADOS DO BENEFICIÁRIO		8 - Número da Carteira		9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde											
DADOS DO CONTRATADO SP/SADT		13 - Código na Operadora CNP/CPF		14 - Nome do Contratado																	
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS		21 - Descrição da Consulta		22 - Detalhe da Solicitação		23 - CD 10		24 - Início e Fim da Consulta		25 - Código CNES											
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE		26 - Tabela		27 - Descrição																	
DADOS DO ATENDIMENTO		30 - Código na Operadora CNP/CPF		31 - Nome do Consultado		32 - TEL/Log		33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF		38 - Cod IBGE		39 - CEP		40 - Código CNES			
40a - Código na Operadora CNP/CPF do Exec. Consultado Executante / Complementar																					
CONSULTA REFERÊNCIA		41 - Nome do Profissional Executante / Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CBO S		45a - Grau de Participação									
49 - Tipo de Atendimento		50 - Templo da Diocese		51 - Hora Inicial		52 - Hora Final		53 - Hora Final		54 - Código do Procedimento		55 - Código do Procedimento		56-58-Tec		59-60 % Red / Ajustamento		61 - Valor Unitário - R\$		62 - Valor Total - R\$	
56-58-Tec		59-60 % Red / Ajustamento		61 - Valor Unitário - R\$		62 - Valor Total - R\$															
63 - Data e Hora inicio dos Procedimentos em Sessão		64 - Data e Hora término dos Procedimentos em Sessão		65 - Total Procedimentos - R\$		66 - Total Taxes e Acupunt - R\$		67 - Total Medicina - R\$		68 - Total Medicina - R\$		69 - Total Diárias - R\$		70 - Total Gastos Médicos - R\$		71 - Total Geral do Guia - R\$					

*Ao Artesanato de DR.
RANCHO DA CAREN*

Declaração de Acompanhamento

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a) RENATA ALVES DE LIMA compareceu à emergência deste hospital, no dia 10/02/2017 as 18:48 até as 19:59 como acompanhante do(a) Sr(a) WILLIAM CICERO ALVES para atendimento com o(a) médico(a) EULINO ALVES COUTINHO, na especialidade ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Eulino A. Coutinho
Traumato - Ortopedia
CRM 11.599

RECIFE, 10 de Fevereiro de 2017.



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Nome do Paciente: William eíco Dias

Idade: 35 Números de Sessões: 20

Diagnóstico: Fratura clavícula Dextra

Dr.(a): Hana da Reuha Moura Rego

TRATAMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> Cinesioterapia	<input type="checkbox"/> Mecanoterapia
<input type="checkbox"/> Crioterapia	<input type="checkbox"/> Ondas Curtas
<input type="checkbox"/> Drenagem Linfática-Patológica	<input type="checkbox"/> Propriocepção
<input type="checkbox"/> ECOR	<input checked="" type="checkbox"/> Tens
<input type="checkbox"/> FES	<input type="checkbox"/> Treino de AVD
<input checked="" type="checkbox"/> Laser	<input checked="" type="checkbox"/> Ultra-Som
<input type="checkbox"/> Manipulação Articular	<input type="checkbox"/> Outros:

RESULTADOS OBTIDOS:

- Evolução satisfatória
- Evolução insatisfatória
- Necessita continuar o tratamento fisioterapêutico
- Alta do tratamento fisioterápico
- Alta a critério do médico

OBS: Paciente relata ainda dor discreta da articulação
e esforço

20
15
10
5
4
3
2
1
0
15/06/2017
Hana da Reuha Moura Rego
Fisioterapeuta
CREFITO 5218

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

NOME

WILLIAM CICERO ALVES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6175904 SSP PE

CPF

038.218.284-71

DATA NASCIMENTO

05/08/1981

FILIAÇÃO

CICERO VICENTE ALVES

MARIA IVANISE ALVES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AE

Nº REGISTRO

00888402210

VALIDADE

10/10/2020

1ª HABILITAÇÃO

29/09/1999

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

13/10/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

32007994496

PE069037434

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1107445781

THOMAS GREG & SONS

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013099856796

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	241359120	*****	2017

NOME

WILLIAM CICERO ALVES

RECIFE - PE

0

CPF / CNPJ

038.218.284-71

PLACA

NXV2313

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2KC1640AR055373

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG150 TITAN MIX EX

ANO FAB.

2010

ANO MOD.

CAP / POT / CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

IPVA 2017 QUITADO

1^a

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2^a

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DESENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL

RECIFE

DATA

18/01/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Expedidor

Presidente DETAN/PE

CONTRAN

PE Nº 013099856796

BILHETE DE SEGURO DPVAT

WILLIAM CICERO ALVES

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE - PE

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	18/01/17

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	038.218.284-71	NXV2313
RENAVAM	MARCA / MODELO	
341359120	HONDA / CG150 TITAN MIX EX	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2010	09	9C2KC1640AR055373

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
-----------	----------------	-----------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
SEGURADO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JUL / 2016

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ESSA NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 25569 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 009A. CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP
Ofício nº. 409 / 2018 Data 9 / 7 / 2018

ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 009A. CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 07:31 do dia 9 de Julho de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de WILLIAM CICERO ALVES filho(a) de CICERO VICENTE ALVES e de MARIA IVANISE ALVES, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), aparentando a idade de 36 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 6175904, profissão GUARDA MUNICIPAL, endereço RUA CLAUDIO JOSE DE LIMA, nº 11, complemento: NÃO INFORMADO, bairro JARDIM SAO PAULO, telefone/s , (81)99976-9159 , RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere acidente de trânsito dia 10 de fevereiro de 2017 por volta das 13 horas, quando foi atingido por um carro quando estava de motocicleta. Refere após o acidente ter sido levado para Hospital da Hapvida onde foi atendido. Traz cópia de atendimento médico realizado por Eulino Alves Coutinho CRM 11699 que diz atendimento as 19:54 no dia 10/02/2017, radiografia com fratura da ponta da clavícula direita sem desvio, alta as 19:59, realizada medicação antinflamatória e imobilização. Traz laudo médico assinado pelo médico Rinaldo Lucena CRM1112 que diz: portador de fratura de clavícula direita, apto ao trabalho. Refere ter usado imobilização com sessenta dias. Traz laudo de fisioterapia da data de 15/06/2017 que refere que existia discreta dor ao movimento de ombro e ao esforço.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Não encontrei ao presente exame, evidências de lesões corporais de interesse médico-legal.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Achados no exame pericial e em documentação de atendimento médico trazido pelo periciando, compatíveis com relato do mesmo de trauma contuso em ombro direito. Realizou tratamento proposto, estando recuperado no momento.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim, SIM, INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUais POR MAIS DE TRINTA DIAS.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto(a) médico(a) legista que assina Dr(a). LINCOLN ALVES RIBEIRO - CRM 14719.

Pessoal responsável

Lincoln Ribeiro
CRM 14719
Mat. 360573

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto da Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Protocolo

De acordo com a Legislação em vigor, foi expedida esta cópia
autenticada com valor de original por solicitação

de WILLIAM CICERO
ALVES

25/02/19 Pelo Ofício N°
16410 Declarado de
A quem dou fé e Assino.

Fundorário - Matrícula

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

ESTADO DE PERNAMBUCO

Alexandre Cadena Maia
ASGP - Mat. 296.534-8
IMLAPC/GGPOC/SDS/PE

RECIBO



DATA 03/08/18
HORA 03:00
MÉDICO: Flávia Fas

Trazer no dia AGENDADO - OFÍCIO com este recibo anexado, mais COPIA documento pessoal e cópias da Ficha Esclarecimento do Hospital e/ou laudos médicos. (Se Exame Complementar trazer o resultado do exame feito no IML)
Atendimento por ordem de chegada!

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA
3^a DESEC - 9^a DP - IPSEP

25569/18

Ofício nº 0409/2017 SA.

Recife, 15 / 08 / 2017.

Senhor Gestor:

Pelo presente, encaminho a V. Sa, para que seja procedido o competente **Exame Pericial Traumatológico**, na pessoa abaixo qualificada.

Nome: William Cicero Alves

Filiação: MARIA IVANISE ALVES E CICERO Vicente Alves

Data de Nascimento: 05/08/1991

Documento de Identificação: 6175.904 SS? IPE

Endereço da Vítima: Rua Claudina Jose de Lima nº 11 - jd São Paulo Recife

Informações Técnicas:

OBS: O LAUDO DEVERÁ SER REMETIDO: DP do IPSEP

Ref BO.: 17E0099002387

Recebi em 15/08/2017

William Cicero Alves

Cordialmente,

Silvana Carla Pereira da Costa
Silvana Carla Pereira da Costa
Delegada de Policia

POLICIAL:

MAT.: 350534-0

Ilmo. Sr.
Gestor do Instituto de Medicina Legal - IML
Nesta

Av. Jean Emile Favre, s/n, Ipsep, Recife/PE
Fone: 3184 3477/ 3478

09/07/18 f. 35
TOM
Recife
Jan. 2018-2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 009ª CIRCUNSCRICAO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0099002387

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/08/2017 às 14:40

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/2/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RUA HELIO BRANDAO, 1** - Bairro: **IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUANA NASCIMENTO BATISTA (AUTOR \ AGENTE)
WILLIAM CICERO ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLIAM CICERO ALVES**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUANA NASCIMENTO BATISTA**

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

WILLIAM CICERO ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IVANISE ALVES** Pai: **CICERO VICENTE ALVES** Data de Nascimento: **5/8/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6175904/SSP/PE (RG)**, **00888402210 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GUARDA DE SEGURANCA** Telefones Celulares:

- 999769159

Endereço Residencial: **RUA CLAUDIO JOSE DE LIMA, 11 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM SAO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUANA NASCIMENTO BATISTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUANA NASCIMENTO BATISTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUANA NASCIMENTO BATISTA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMD1921 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Ano Fabricação/Modelo: **2005/NÃO INFORMADO**

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WILLIAM CICERO ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLIAM CICERO ALVES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXV2313 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA SEU VEICULO2 QUANDO FOI ABALRROADO PELO VEICULO1 QUE ERA CONDUZIDO PELA AUTORA, A EQUIPE DO SAMU FOI ACIONADA PORÉM DEVIDO A DEMORA A VITIMA SEU CONJUGE ACIONOU UM TAXI E CONDUZIU A VITIMA ATÉ O HAPIVIDA ESPINHEIRO, CONFORME PRONTUÁRIO: 6777619 E ATENDIMENTO: 12396867.

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

X William C. Alves
WILLIAM CICERO ALVES
(VITIMA)



B.O. registrado por: ADILSON FERREIRA DA SILVA - Matrícula: 350726-2

[Imprimir](#)

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190356250 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM CICERO ALVES **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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: 3190356250 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM CICERO ALVES **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0185034/19

Número do Sinistro: 3190356250

Vítima: WILLIAM CICERO ALVES

Data do acidente: 10/02/2017

CPF: 038.218.284-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLIAM CICERO ALVES

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

WILLIAM CICERO ALVES : 038.218.284-71

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 ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0185034/19

Número do Sinistro: 3190356250

Vítima: WILLIAM CICERO ALVES

Data do acidente: 10/02/2017

CPF: 038.218.284-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLIAM CICERO ALVES

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0185034/19

Número do Sinistro: 3190356250

Vítima: WILLIAM CICERO ALVES

Data do acidente: 10/02/2017

CPF: 038.218.284-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLIAM CICERO ALVES

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

WILLIAM CICERO ALVES : 038.218.284-71

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 ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190356250

Vítima: WILLIAM CICERO ALVES

Data do Acidente: 10/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLIAM CICERO ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

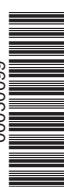
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190356250

Vítima: WILLIAM CICERO ALVES

Data do Acidente: 10/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILLIAM CICERO ALVES

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190356250

Vítima: WILLIAM CICERO ALVES

Data do Acidente: 10/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILLIAM CICERO ALVES

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190356250

Vítima: WILLIAM CICERO ALVES

Data do Acidente: 10/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILLIAM CICERO ALVES

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190356250

Vítima: WILLIAM CICERO ALVES

Data do Acidente: 10/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILLIAM CICERO ALVES

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190356250 **Vítima: WILLIAM CICERO ALVES**

Data do Acidente: 10/02/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WILLIAM CICERO ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3190356250

CPF da Vítima

038.218.284-71

Nome completo da vítima

WILLIAM CICERO ALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	WILLIAM CICERO ALVES	CPF titular da conta	038.218.284-71	Profissão	GUARDA MUNICIPAL
Endereço	R. CLAUDIO SOSÉ DE LIMA	Número	11	Complemento	CASA - 10
Bairro	JARDIM SÃO PAULO	Cidade	RECIFE	Estado	PE
Email	WILLIAM_CICERO@HOTMAIL.COM	(TUDO COM LETRAS MINÚSCULAS)			Telefone (DDD) (081) 9.9976-9159
CEP 50920-280					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	BRADESCO		Nº	237
AGÊNCIA	0785	D/V	4	
Nº				
CONTA	0096320		D/V	8
Nº				

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

RECIFE - PE, 06 de JUNHO de 2019

Local e Data

William Cicero Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECIFE
PREFEITURA DA CIDADE
SECRETARIA DE MOBILIDADE E
CONTROLE URBANO

SECRETARIA DE MOBILIDADE E CONTROLE URBANO
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA

Data 10/02/2017

180571

I - Localização do Acidente

AufRus	10000 BAIRRO	Nº 1000	Bairro 1000
Frente Ref.	10000 BAIRRO MARES LIVRES	Sentido da via	Cida/Sub Sub/Cida
Cruzamento com AufRus			
Enquanto com AufRus			

II - Horário

- Ocorrência
- Chegada do Agente ao local
- Liberação da via
- Término da Ocorrência

III - Natureza

<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Pedenha	<input type="checkbox"/> Animal
<input checked="" type="checkbox"/> Atalroamento	<input type="checkbox"/> Longitudinal	<input type="checkbox"/> Transversal
<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Frontal	<input type="checkbox"/> Traseira
<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Objeto Fixo	<input type="checkbox"/> Veh. Parado
Capotamento/Tombamento		

IV - Condições Circunstanciais

CONDICIONAL	ESTADO	CONDICIONAL	ESTADO	CONDICIONAL	ESTADO
<input type="checkbox"/> Longo da via	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> S/ Defeito	<input type="checkbox"/> Perfeito estado	<input type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Perfeito estado
<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Chuvoso	<input type="checkbox"/> Intermittente	<input type="checkbox"/> Não existente	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Mal iluminada
<input type="checkbox"/> Viaduto		<input type="checkbox"/> C/ Defeito	<input type="checkbox"/> Ilegível	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Mal conservada
<input type="checkbox"/> Ponte		<input type="checkbox"/> Desligado	<input type="checkbox"/> Incompleta		

V - Controle de Tráfego e Características da Via

Agente	<input type="checkbox"/>	Placa "pare"	<input type="checkbox"/>	Km/h	<input type="checkbox"/> Faixa
Faixa de Pedestre	<input type="checkbox"/>	Placa "de a preferência"	<input type="checkbox"/>	Unica	<input type="checkbox"/> Centro Central
Faixa de Heterógeno	<input type="checkbox"/>	Não há placas	<input checked="" type="checkbox"/>	Dupla	<input type="checkbox"/> Bloco

VI - Identificação das Partes

Denom	836664821	Proprietário	BB LEASING SA ARAGUAIA MARCAZINHA
End.	AVENIDA 10 DE NOVEMBRO	Nº	Compl.
Bairro	Cid.	UF	OPFCNPJ 21.586.974/0001-56
Placa	1000/701	Município	RECIFE
Chassi	908-17079-2561212	Marca/Mod	Fiat-FUNDO
Condutor	LEONARDO FERREIRA PEREIRA	Grau Instrução	3º
End.	AVENIDA 10 DE NOVEMBRO	Sexo	M
Bairro	Cid.	Idade	28
Placa	1000/701	Nº	Compl.
Chassi	908-17079-2561212	RG	55271
Condutor	LEONARDO FERREIRA PEREIRA	Emissor	PF/PC
End.	AVENIDA 10 DE NOVEMBRO	CAT	AB
Bairro	Cid.	Prontuário	0568766/1981
Placa	1000/701	Hs. Direção	00/00
Chassi	908-17079-2561212	Usava capacete/cinto	<input type="checkbox"/>
Condutor	O MESMO	Grau Instrução	3º
End.	O MESMO	Sexo	M
Bairro	Cid.	Idade	25
Placa	1000/701	Nº	Compl.
Chassi	908-17079-2561212	RG	6175907
Condutor	O MESMO	Emissor	PF/PC
End.	O MESMO	CAT	AB
Bairro	Cid.	Prontuário	008884022/10
Placa	1000/701	Hs. Direção	00/00
Chassi	908-17079-2561212	Usava capacete/cinto	<input type="checkbox"/>
Condutor	O MESMO	Grau Instrução	3º
End.	O MESMO	Sexo	M
Bairro	Cid.	Idade	25
Placa	1000/701	Nº	Compl.
Chassi	908-17079-2561212	RG	6175907
Condutor	O MESMO	Emissor	PF/PC
End.	O MESMO	CAT	AB
Bairro	Cid.	Prontuário	008884022/10
Placa	1000/701	Hs. Direção	00/00
Chassi	908-17079-2561212	Usava capacete/cinto	<input type="checkbox"/>

VII - Cond. Condutor

APARIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Sob efeito
	<input type="checkbox"/> Alcoolizado
	<input type="checkbox"/> Sob efeito
COMPORTAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> Permaneceu no local
	<input type="checkbox"/> Evadiu-se
TESTE DO BAFÔMETRO	<input type="checkbox"/> Realizado no local
	<input type="checkbox"/> Enc. para exame
	<input checked="" type="checkbox"/> Não foi realizado
	<input type="checkbox"/> Veículo Liberado
	<input type="checkbox"/> Veículo Removido

Local:	
APARIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Sob efeito
	<input type="checkbox"/> Alcoolizado
	<input type="checkbox"/> Sob efeito
COMPORTAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> Permaneceu no local
	<input type="checkbox"/> Evadiu-se
TESTE DO BAFÔMETRO	<input type="checkbox"/> Realizado no local
	<input type="checkbox"/> Enc. para exame
	<input checked="" type="checkbox"/> Não foi realizado
	<input type="checkbox"/> Veículo Liberado
	<input type="checkbox"/> Veículo Removido

Local:	
APARIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Sob efeito
	<input type="checkbox"/> Alcoolizado
	<input type="checkbox"/> Sob efeito
COMPORTAMENTO	<input type="checkbox"/> Permaneceu no local
	<input type="checkbox"/> Evadiu-se
TESTE DO BAFÔMETRO	<input type="checkbox"/> Realizado no local
	<input type="checkbox"/> Enc. para exame
	<input checked="" type="checkbox"/> Não foi realizado
	<input type="checkbox"/> Veículo Liberado
	<input type="checkbox"/> Veículo Removido

CTTU 20 FEVEREIRO 2017
AUTENTICAÇÃO PELA CTD/GPC

Mat. nº 86-9-5
A-100-0

VI - Identificação das Partes

Renavam	<input type="text"/>	Proprietário:									
End.	<input type="text"/>		Nº	Compl.							
Bairro	<input type="text"/>	Cid.	UF	<input type="checkbox"/>	CPF/CNPJ						
Placa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Município		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Chassi	<input type="text"/>			Marca/Mod.	Cor						
Condutor					Grado Instrução	Sexo	<input type="checkbox"/>	Idade	<input type="checkbox"/>		
End.					Nº	Compl.					
Bairro	<input type="text"/>		Cid.	UF	<input type="checkbox"/>	Nº	Emissor		UF		
CNH Nº	<input type="text"/>		UF	<input type="checkbox"/>	CAI	Prolitário					
Validade	<input type="text"/>		Hs. Direção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usava capacete/cinto					
Renavam	<input type="text"/>		Proprietário								
End.	<input type="text"/>		Nº	Compl.							
Bairro	<input type="text"/>		Cid.	UF	<input type="checkbox"/>	CPF/CNPJ					
Placa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Município	UF	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Chassi	<input type="text"/>			Marca/Mod.	Cor						
Condutor					Grado Instrução	Sexo	<input type="checkbox"/>	Idade	<input type="checkbox"/>		
End.					Nº	Compl.					
Bairro	<input type="text"/>		Cid.	UF	<input type="checkbox"/>	RG	Emissor		UF		
CNH Nº	<input type="text"/>		UF	<input type="checkbox"/>	CAT	Prolitário					
Validade	<input type="text"/>		Hs. Direção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usava capacete/cinto					

APARIÊNCIA

- Normal
- Sob efeito
- Alcoolizado
- Sob efeito

COMPORTAMENTO

- Permaneceu no local
- Evadiu-se

TESTE DO BAFÔMETRO

- Realizado no local
- Enc. para exame
- Não foi realizado

Veículo Liberado

Veículo Removido

Local: _____

APARIÊNCIA

- Normal
- Sob efeito
- Alcoolizado
- Sob efeito

COMPORTAMENTO

- Permaneceu no local
- Evadiu-se

TESTE DO BAFÔMETRO

- Realizado no local
- Enc. para exame
- Não foi realizado

Veículo Liberado

Veículo Removido

Local: _____

VII - Cond. Conductor

APARÊNCIA
<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Sob efeito
<input type="checkbox"/> Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Sob efeito
COMPORTAMENTO
<input type="checkbox"/> Permanecendo no local
<input type="checkbox"/> Evadiu-se
TESTE DO BAFÔMETRO
<input type="checkbox"/> Realizado no local
<input type="checkbox"/> Enc. para exame
<input type="checkbox"/> Não foi realizado
<input type="checkbox"/> Veículo Liberado
<input type="checkbox"/> Veículo Removido
Local: _____
APARÊNCIA
<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Sob efeito
<input type="checkbox"/> Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Sob efeito
COMPORTAMENTO
<input type="checkbox"/> Permanecendo no local
<input type="checkbox"/> Evadiu-se
TESTE DO BAFÔMETRO
<input type="checkbox"/> Realizado no local
<input type="checkbox"/> Enc. para exame
<input type="checkbox"/> Não foi realizado
<input type="checkbox"/> Veículo Liberado
<input type="checkbox"/> Veículo Removido
Local: _____

VIII - Velcros

IX - Velocidade Estimada

Velocidade do Veículo (segundo o condutor)	Km/h	V1	V2	V3	V4	V5
Rodas Travadas	Quantidade					
Dist. Percorrida após Aceleração	Metros					
Marcas de Frenagem Medidas	Metros					

X - Infrações Cometidas

A rectangular stamp from CTTU (Correios de Portugal) featuring a logo of a globe and the text "CTTU" and "CORREIOS DE PORTUGAL". A large diagonal slash cuts across the stamp. Above the stamp, the date "20 FEV. 2017" is handwritten. Below the stamp, the text "AUTENTICAÇÃO PELO CTTU/GPC" is printed, followed by "Mat. n° 8888-8" and "Ass. Pesp.".



ANEXO AO B.D.A.I. N°

180571

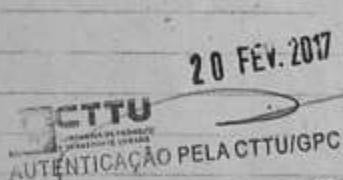
V1

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

O preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

DESCREVA ABAIXO, COMO OCORREU O ACIDENTE (NÃO UTILIZAR O VERSO)

EU, ESTAVA VINDO PRA RUA HECHI GRANDA, NA ALTURA DO NÚMERO 1220, LIGUEI A SETA A ESQUERDA QUANDO UMA MOTO NX 2313 CHEGOU NA CONTRA-MÃO E COLIDIU COM A PONTA DO CARRO DO MOTORISTA, AMASANDO MINHA PONTA.



20 FEV. 2017

NOME DO CONDUTOR		IDENTIDADE		
Júnior Nascimento Batista		5772931 - PC - AP		
FONE	PLACA DO VEÍCULO	DATA	HORA	
98622 8085	KMD 1921	10-02-17	14:25	
Assinatura do Condutor Júnior Nascimento Batista				

OBSERVAÇÕES:

1. O condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível.



ANEXO AO B.O.A.T. N°

1405011

V2

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

O preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

DESCREVA ABAIXO, COMO OCORREU O ACIDENTE (NÃO UTILIZAR O VERSO)

Eu, William Lício Alves, moro na Rua Hélio Brandão. Em frente ao nº 101 da esquina da numeração 3059683. Onde o veículo de placa KMD 1421 Modelo do veículo "Palio". Fiz uma conversão à esquerda com sinalização de regularização prioritária para a esquerda. Onde a condutora acelerou colidindo com minha moto lado direito. A mesma informou que não tinha me visto. Por falta de atenção a mesma colidiu com minha moto de placa NXV 2313.

Eu viajava em sentido AV Recife, na rua informada com velocidade igual a permitida pela sinalização da via. Onde a mesma está me acusando que eu estava em alta velocidade. Onde eu não estava

20 FEV. 2017

CTTU
COMPANHIA DE TRÂNSITO
E TRANSPORTE DISTRITAL

AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC

Ass. Pres. Mat. n° 8688-6

NOME DO CONDUTOR

William Lício Alves

FONE

819-99169159

PLACA DO VEÍCULO

NXV 2313

IDENTIDADE

6175904 55PDE

DATA

10/02/2017 19:40

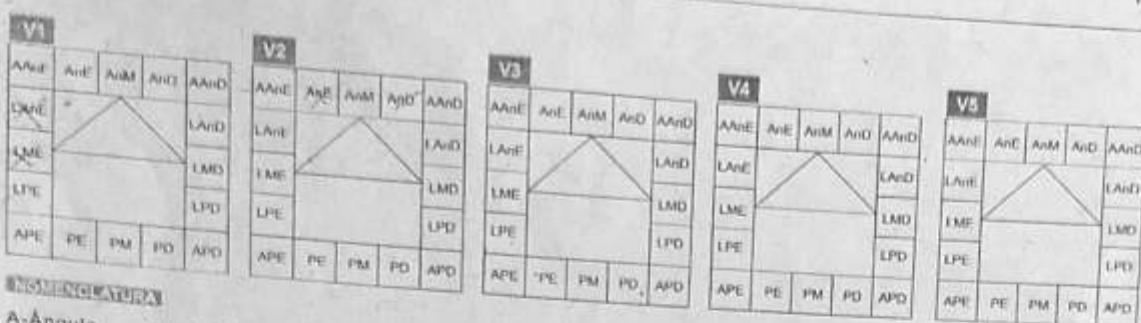
HORA

ASSINATURA DO CONDUTOR

OBSERVAÇÕES

- O condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível.

III - Diagrama das Avarias



ENOMENAGEM

A-Anágulo

An-Anterior

D-Direito

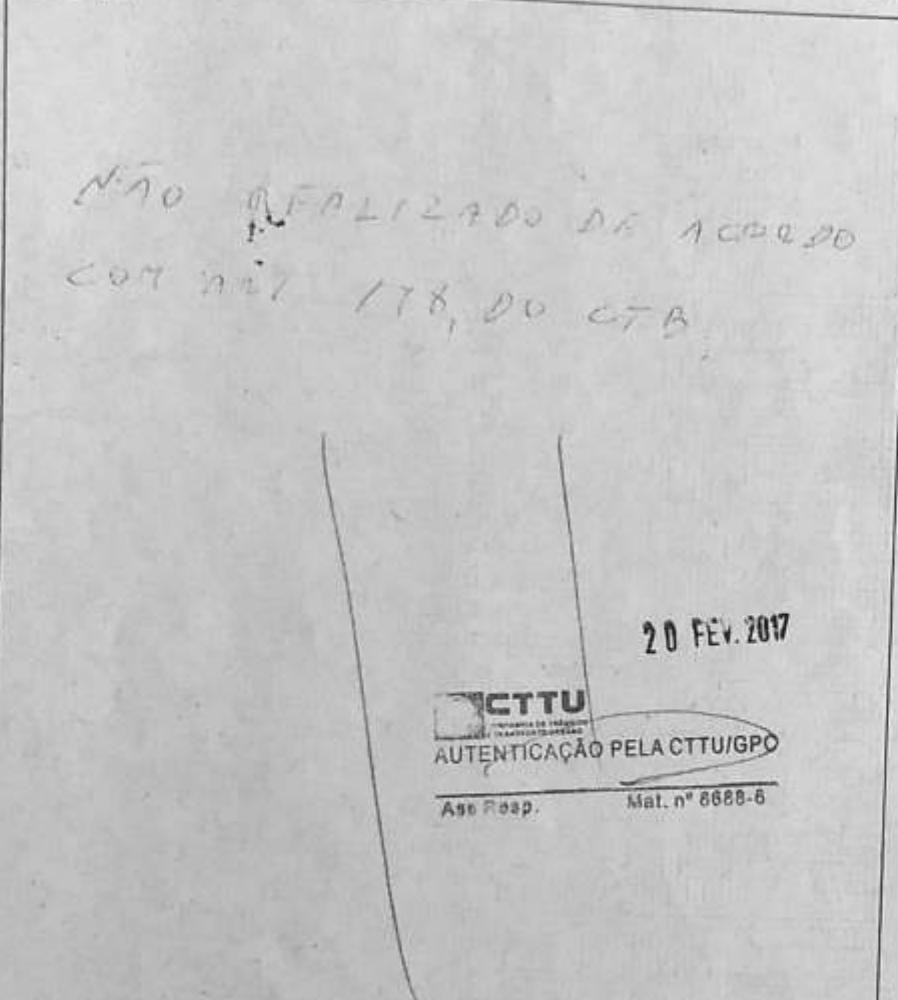
E-Esquerdo

L-Lateral

M-Médio

P-Posterior

XII - Croqui



ESMOLOGIAS

- ← Marcha a Frente
- ↔ Antes do Acidente
- Após o Impacto
- ✉ Objeto Fixo
- ▲ Animal
- ▣ Veículo
- Bicílico
- * Ponto de Impacto
- Pedestre
- Poste
- Árvore
- ◆ Estilhaços
- Marca de Frenagem
- △ Motociclo
- Carroça

XIII - Concordo com o Croqui Ora Apresentado

V1	V2	V3	V4	V5

XIV - Condutores de Acordo com Todas as Informações Contidas neste B.A.T.

Y1 X Aeronauta para voo de Rotina
Y2 X Piloto Civil da Av. Civil Brasil

Y3

Y4

Y5

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM