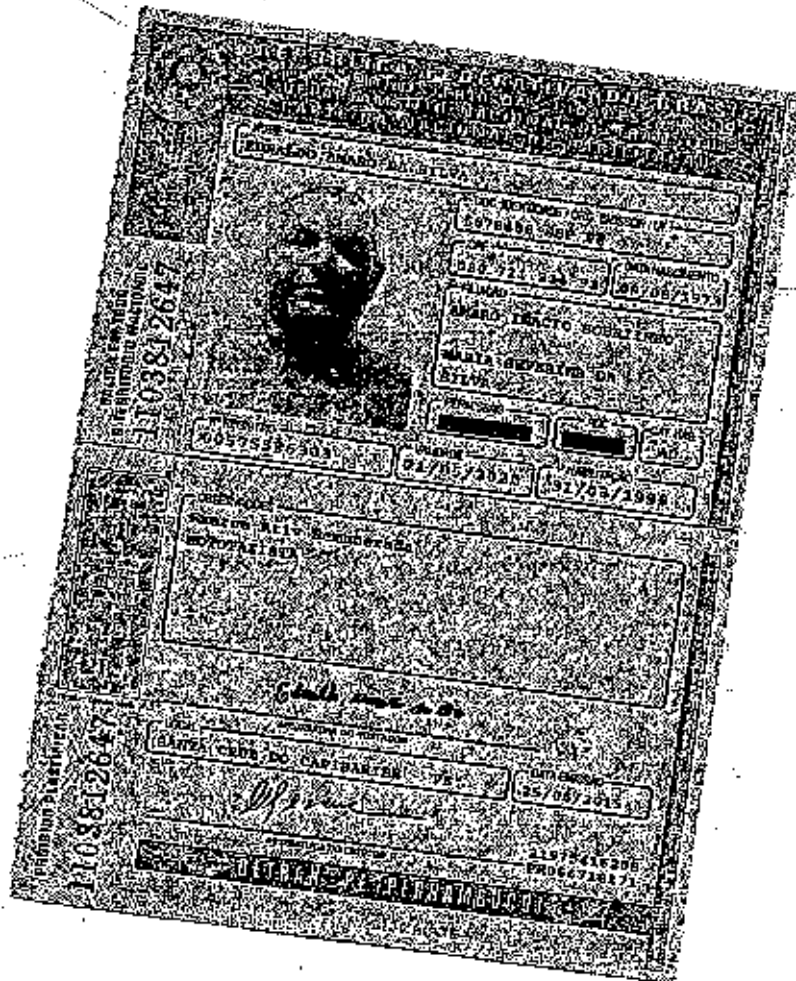




[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019499/19

Vítima: EDNALDO AMARO DA SILVA

CPF: 030.711.234-93

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO AMARO DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



EDNALDO AMARO DA SILVA : 030.711.234-93

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: EDNALDO AMARO DA SILVA
CPF: 030.711.234-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

EDNALDO AMARO DA SILVA

Patrícia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA EDUARDO AMAO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 07/08/18 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 030.711.234-93

PARÁ VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através de carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 030.711.234-93
 E-mail: _____ Tel: 08 99255-8849
 Data: 10/08/2019 Assinatura: Edmar da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): _____
 Atendente: Daiana Costa Matrícula: 8.506.893
 Data: 10/08/2019 Assinatura: Daiana Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040516

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDNALDO AMARO DA SILVA

Data do acidente: 07/08/2018

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040516 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALDO AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040516

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDNALDO AMARO DA SILVA

Data do acidente: 07/08/2018

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019499/19

Vítima: EDNALDO AMARO DA SILVA

CPF: 030.711.234-93

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/08/2018

Titular do CPF: EDNALDO AMARO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDNALDO AMARO DA SILVA : 030.711.234-93

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: EDNALDO AMARO DA SILVA
CPF: 030.711.234-93

EDNALDO AMARO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040516

Vítima: EDNALDO AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO AMARO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040516

Vítima: EDNALDO AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO AMARO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **EDNALDO AMARO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **0000040031-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, EDNALDO AMARO DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 5878486 EXPEDIDO POR SSP/PE EM / / E
CPF 030711234-93 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Autônomo
E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO AMARO 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 445/2012, 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 Lotéricas 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), 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.

Autorização de pagamento

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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



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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3038 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 40031-0

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.

Santa Luzia Barraque 10 de fevereiro de 2019 Ednaldo Amaro 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.





12m
cat

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218004885**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2018** às
10:44

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia **7/8/2018** no período da Manhã

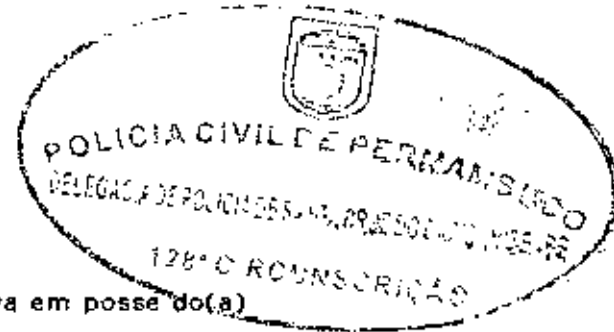
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE,
01, PE 100/ SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - Bairro: CENTRO - SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
EDNALDO AMARO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **EDNALDO AMARO DA SILVA**



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

**EDNALDO AMARO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
SEVERINA DA SILVA Data de Nascimento: 0/8/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01, SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - CEP: 55908-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

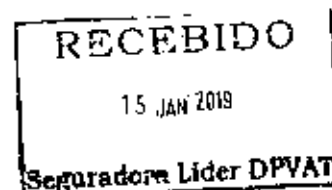
**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDNALDO AMARO DA SILVA,
que estava em posse do(a) Sr(a): EDNALDO AMARO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



26/10/2018 10:39



GOVERNHO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 18ª CIRCUNSCRICAO - SANTA CRUZ DO
CARUARIBE - DPT 1800000 DINTERINT 1800000

BOLLEIN DE GEOGRAPHIA N.º 18 EG 318004882

as 8100\01\80 rib on isidiloq abalimr steen xbedelget aon6nno0
 44:01

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Dano (Corrumbado)

[illegible]

1. **AMITY** (FRIENDSHIP)
 2. **AMITY** (FRIENDSHIP)
 3. **AMITY** (FRIENDSHIP)

AMERICAN UNIVERSITY
WASHINGTON, D.C. 20004

Copyright © 2005 by John Wiley & Sons, Inc.

ДИНАЗ ЭСМОНШУУСЭГ 10Х28 - (ЭНГЭЛЭГ ОО ЭНГЭЛЭГ) ДУЛЗ АН ОО АМА ОУЛАНС
 + ООЛАНДЫН ОАМ ШЕДЭЛЭГЭН ДЭНГЭЛЭГ ООЛАНДЫН ОАМ ШЕДЭЛЭГЭН ДЭНГЭЛЭГ
 ДИНАЗ + ООЛАНДЫН ОАМ
 ОО ОУЛЗ АМАЗ .10, ДИНАЗ ОО ОУЛЗ АМАЗ ОО ОУЛЗ АМАЗ ОО ОУЛЗ АМАЗ ОО ОУЛЗ АМАЗ
 ОО ОУЛЗ АМАЗ - ОУЛЗ АМАЗ - ОУЛЗ АМАЗ - ОУЛЗ АМАЗ - ОУЛЗ АМАЗ
 ДИНАЗ ООЛАНДЫН ОАМ ШЕДЭЛЭГЭН ДЭНГЭЛЭГ

UNITED STATES GOVERNMENT
OFFICE OF PERSONNEL MANAGEMENT (41 CFR)

(2)obivlovns (2)afelo (2)ob ošgocilso (2)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de (GIR) FERNANDO ALVARO DE SILVA,
que estava em posse do(a) GIR FERNANDO ALVARO DE SILVA
Cubano/Motocicleta Modelo INFORMACAO INCOMPLETA O photo
apresentado não
corresponde (UNIDADE NÃO INFORMADA)

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY

RECEIVED
JAN 11 1961
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE

DE LA GÉOLOGIE

1201 N. Franklin St. #100 Chicago, IL 60610-3999 USA Tel: 312-467-8000

01.01.2019 10:00:00

Complemento / Observação

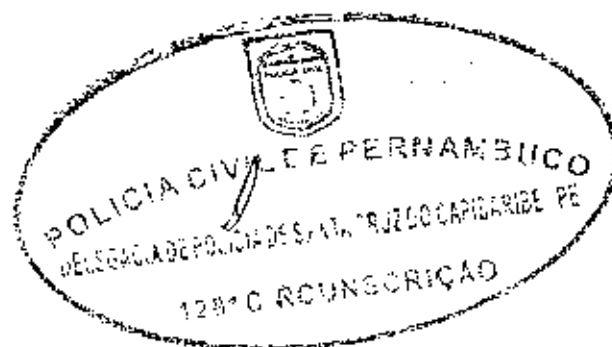
VITIMA VINHA CONDUZINDO SUA MOTO QUANDO OUTRA MOTO FOI ULTRAPASSADA E UMA SACOLA TRAZIDA PELO PASSAGEIRO ENROLOU NO GUIDÃO DE SUA MOTO FAZENDO-O CAIR. VITIMA RELATA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ A UPA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE E EM SEGUIDA PARA O HRA. DIANTE DISSO VEIO A ESTA DELEGACIA FAZER O REGISTRO PARA QUE SEJAM TOMADAS AS PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

Ednaldo Amaro da Silva
EDNALDO AMARO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO PAULO DE SANTANA** - Matrícula: **2275210**

JP de Santana





INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

DATA 07 / 08 / 2018	HORA 12:10	FASE DO DIA ☒ DIA ☐ NOITE	MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF PE
TIPO DE ACIDENTE		SEVERIDADE DA VITIMA DO ACIDENTE	QUANTIDADE	QUANTIDADE DE VITIMAS
☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO TRANSVERSAL ☐ ABALROAMENTO LONGITUDINAL ☐ ABALROAMENTO TRANSVERSAL ☐ CHOQUE ☐ TOMBAMENTO		☐ FATAL ☒ FERIDO ☐ ILESO	00 01 00	00 CONdutores FERIDOS 00 CONdutores MORTOS 00 PASSAGEIROS FERIDOS 00 PASSAGEIROS MORTOS 00 PEDESTRES FERIDOS 00 PEDESTRES MORTOS
☐ CAPOTAMENTO ☐ ENGAVETAMENTO ☐ ATROPELAMENTO DE PEDESTRE ☐ ATROPELAMENTO DE ANIMAL ☒ OUTRO		QUANTIDADE DE VEICULOS ENVOLVIDOS	DIA DA SEMANA	
JURISDIÇÃO DA VEA		DADOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR		
☒ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL		☐ SIM ☒ NÃO		
PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL		ÁREA		
☐ URBANA ☐ RURAL		Comprovação de ato declarat		

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente na área demarcada)		IDENTIFICAÇÃO PE-160	
		SENTIDO Saída de Santa Cruz	
VIA		Nº	
VIA		KM	
VIA		METROS	
REFERÊNCIA Em Frente ao posto BR		IDENTIFICAÇÃO	
VIA		SENTIDO	
VIA		Nº	
VIA		KM	
VIA		METROS	
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)		IDENTIFICAÇÃO	
		SENTIDO	
VIA		Nº	
VIA		KM	
VIA		METROS	
REFERÊNCIA		IDENTIFICAÇÃO	
VIA		SENTIDO	
VIA		Nº	
VIA		KM	
VIA		METROS	

VIA - MEIO AMBIENTE

SUPERFÍCIE DA PISTA	TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL
☒ SECA ☐ MOLHADA ☐ DLEOSA ☐ INUNDADA ☐ ENLAMEADA ☐ OUTRA	☒ ASFALTO ☐ CONCRETO ☐ PARALELEPÍPEDO ☐ CASCALMO ☐ TERRA ☐ OUTRO	☒ NORMAL ☐ INTERMITENTE ☐ COM DEFEITO ☐ DESLIGADO ☐ INEXISTENTE	☐ BOA ☐ RUIM ☒ INEXISTENTE
CONDIÇÃO DO TEMPO	SITUAÇÃO DA PISTA		CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL
☒ BONF ☐ CHUVA	☐ BOA		☐ BOA ☐ RUIM ☒ INEXISTENTE
PISTA EM OBRAS		PISTA EM OBRAS	
☐ SIM ☒ NÃO		☐ SIM ☒ NÃO	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO AMARO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000040031-0

Nr. da Autenticação 50376F24EACA08F4

