

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: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

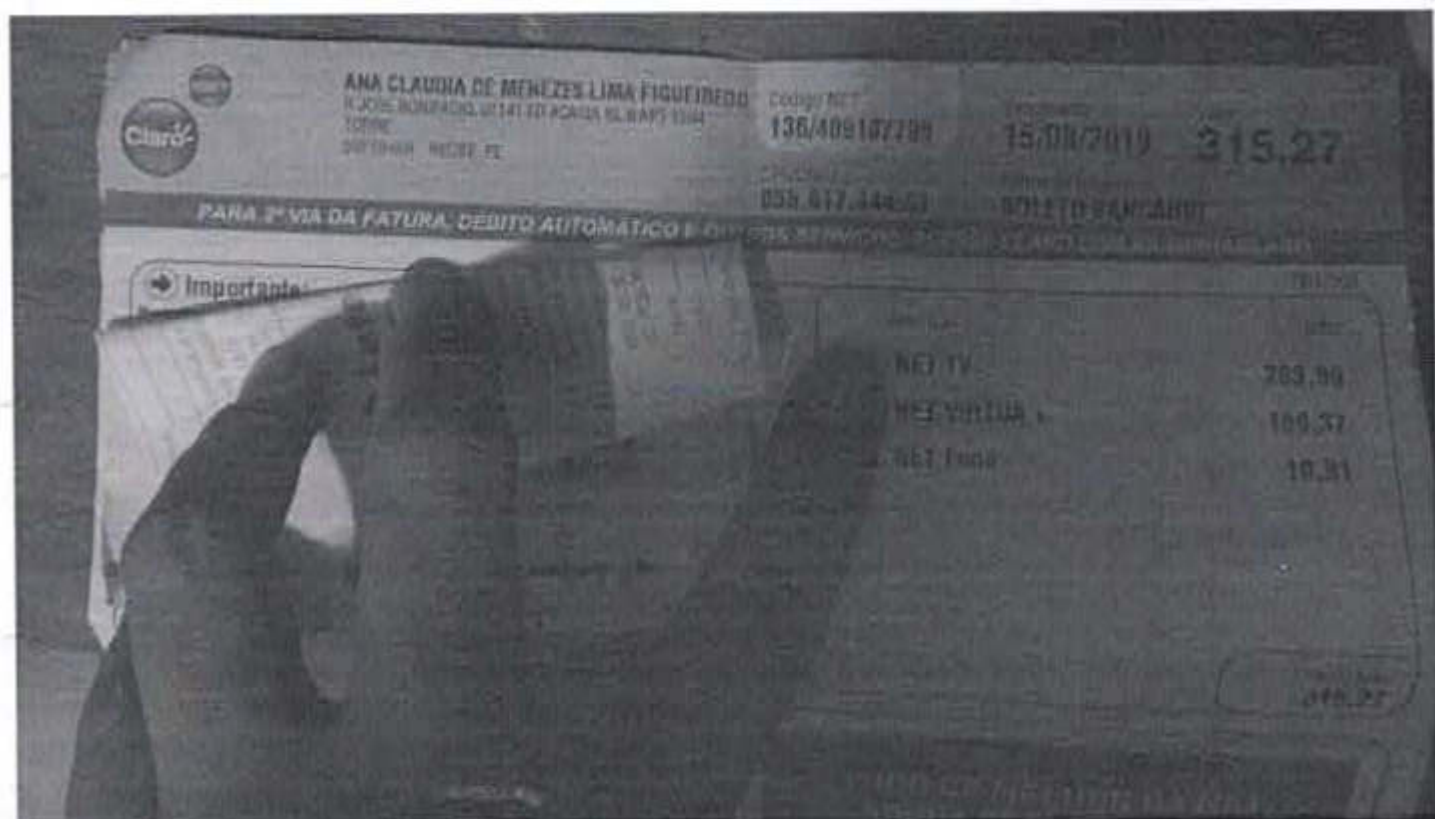
CLIENTE: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 000000042483-6

Nr. da Autenticação 91195E551DC15EF8



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 set 2019

Rua da Aurora, 171, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: Ara Claudia de Brito Figueredo Reg: 105394

Idade: 24 anos Data de Admissão: 17/5/18

HISTÓRIA CLÍNICA:

Reante ferimento de 24 anos desentido
nesta hospital devido a um acidente automobilístico,
teve a mesma ser atendida pelo SAMU sendo
do interesse em seguir do quadro e fazer
Exames para a partir para plano de saúde

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx / Hemograma / Coagulograma

HD: Politrans / Disz. da Supra-Pélvica
Fratura de fêmur

PRESCRIÇÃO ATUAL:

① SFO, 9i. 1000ml EV P12414

② Gentamicina 80mg (0,3mg/kg) SFO, 9i. 200ml

③ Clindamicina 600mg + 100ml SFO, 9i. 1de 6/6/1

④ Isoniazida 0,1mg + base SFO, 9i. EV endo

⑤ Rho(D) 0,1mg + Adov.

TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA: Hospital Real Português

SENHA: _____

DATA: 18/5/18 HORA: 13:00

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica

CREMEPE: 26413 CRM-PB 10287

Médico/CRM

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19/05/18

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



REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO

Av. Agamenon Magalhães, 4760 , Derby - , Recife - PE CEP: 52010-902

CNPJ: 10.892.184/0001-24 - Telefone (081) 3416-1122

Laudo Médico

Declaro para os devidos fins que a Srta. ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO , registro 1575908, prontuário 748135 , chegou em nossa emergência dia 18 de maio de 2018, vítima de acidente de trânsito cerca de 3 dias prévios a esta data, veio encaminhada de outro serviço com FRATURA DO ANEL PÉLVICO TÍLIX C2 ? FRATURA DIAFÍSE DO FEMUR DIREITO, FRATURA DO 1º, 2º E 4º METATARSOS DIREITOS . Foi realizado em nossa unidade exames de imagem radiográficos do protocolo de trauma, avaliação da neurologia e seguimento ortopédico traumatológico. A mesma já realizou 03 abordagens cirúrgicas e permanece internada em nossa unidade até a presente data, não podendo comparecer ao agendamento nesta data para perícia médica no INSS.


Médico

Recife, 21/06/2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 SET 2019

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

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA * 19/07/2019 07:00:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ANA CLAUDIA BRITTO
FIGUEIREDO

RG: 6290589

PESO: null KG

IDADE: 25 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA: null CM

Data de Nascimento: 23/04/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: ROMERO ANTUNES BARRETO LINS

DATA DE ATENDIMENTO: 17/07/2019 14:32:02

ATENDIMENTO: 661482

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÊNIO: SULAMERICA S/A

PLANO: EMPRESARIAL ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z540 - CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z540 - CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z540 - CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA: FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METÁLICAS INTRA-OSSEAS

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA SOB ORIENTAÇÃO DE DR ROMERO LINS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19/07/2019

Rua da Aurora, nº 173, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Sylvio Galdino
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 28.811

SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR
CRM-26811

Nome Social: N

Paciente: ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO

Nascimento: 23/04/1994

Idade: 25

Registro: 1575908

Conta:

Unidade: JOAO DE DEUS 14º ENFERMARIA

Leito: 1401 L02

Atendimento: 00661482

Convênio: SULAMERICA S/A

Data do atendimento: 17/07/2019

Data da Realização: 18/07/2019 21:43

Prestador: SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR - CRM:26811

Criado em: JOAO DE DEUS 14º

SUMÁRIO DE ALTA

Motivo Admissão:*

PACIENTE POS OPERATORIO DE MULTIPLAS FRATURAS EVOLUINDO COM DOR NA TOPOGRAFIA DE MATERIAL DE SÍNTESE DA COXA DIREITA., em: 18/07/19 00:11

Evolução Médica:*

BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA

Orientação:

Tipo de Alta:* Médica

Condição:* Melhorado

Comorbidades* ☐ Sim ☒ Não☐ Diabetes Mellitus☐ Etilismo☐ Acidente Vascular Encefálico☐ Arteriopatias periféricas☐ Tabagismo☐ Asma brônquica☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica☐ Dislipidemia☐ Coronariopatia☐ Obesidade☐ Hipertensão Arterial Sistêmica

Outros:

Instruções de Acompanhamento pós-alta* ☒ Sim ☐ Não☒ Restrição para Atividade física. ☐ Fisioterapia Motora ☐ Fisioterapia Respiratória ☐ Fonoterapia N.º diasExames realizados* ☐ Sim ☒ NãoMedicação Significativa* ? ☐ Sim ☒ NãoProcedimentos realizados* ☐ Sim ☒ Não

Diagnósticos:

Diagnósticos Secundário:

Há necessidade de suporte de transporte para alta? ☒ Sim ☐ Não

PRESTADOR: SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR - CRM:26811

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA19.07.19
Rua da Aurora, nº 173, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PEDr. Sylvio Galdino
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 26.811

NEp



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19.05.2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19/09/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 903 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
INSCRIÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 SET 2019

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



DE SEGURANÇA

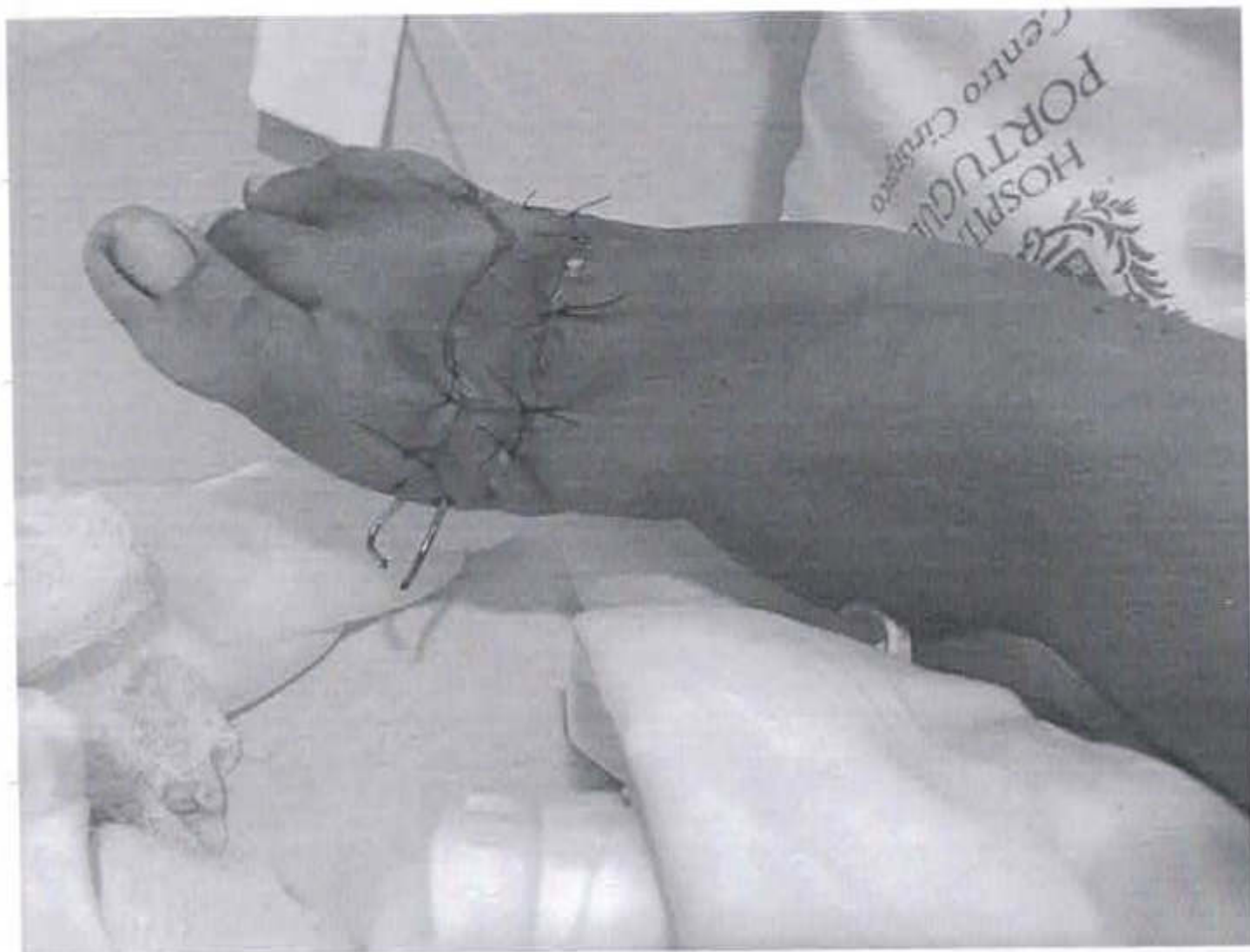
10 571 779

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



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS ITA

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10.000.000
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19/09/2019

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

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "estendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, senão será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela distração.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Paro a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



2ª VIA



Número 35975 Série 00114



Ass. Cláudia
ASSINATURA DO PORTADOR

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

19 SET 2009

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

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ANA CLAUDIA BRUTTO DE FLOREIRO
 Loc. Nasc. PAULISTA
 Filiação BRUNO HENRIQUE DE LIMA FLOREIRO
 Data 23.04.1994
 Doc. Nº LEYANE LIMA DE BRUTTO

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.
 Data Emissão 14.03.2015 SRTE PE

Assinatura do Funcionário

2462624

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Doc.

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

18.07.99

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 SET 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - RJ
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013956436724

 VIA: **000538181770** **2018**
 CDD RENAVAM: **000538181770** **2018**
 NOME: **ADALTON TURISMO LTDA ME**
RES. CONTRAN Nº 310/09

 CPF / CNPJ: **05.524.374/0001-20**
 PLACA: **LLW2126**

 PLACA ANT / UF: **93PB49P31DC046376**
 COMBUSTÍVEL: **DIESEL**

 ESPÉCIE TIPO: **PAS/ONIBUS/NAO APLIC**
 MARCA / MODELO: **MARCOPOLO/VOLARE DW9 DN**

 CAP / POT / CL: **31 PAS/156/**
 CATEGORIA: **ALUGUEL**

 COTA ÚNICA: **1º *******
 VENC / COTAS: **1º *******

 I P V: **PAGO**
 PARCELAMENTO / COTAS: **2º *******

 FADA LIVA: **A400147-2**
 PRÊMIO TOTAL (R\$): **R\$160,05**

 PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **R\$0,62**
 DATA DE PAGAMENTO: **21/02/2018**

 OBSERVAÇÕES: **LA00623744277**
2E1XDS / *** / CONS BIN 21218**
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
******* / ACESSIBILIDADE / (H) *******

 LOCAL: **ARARUAMA**
 DATA: **21/02/2018**
SP68
YDAG

 05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

19/01/2019

 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-020
 RECIFE-PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAQ - SEGURO DPVAT

RJ Nº 013956436724 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO
2018		21022018
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	05.524.374/0001-20	LLW2126
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00538181770	MARCDPOLD/VOLARE DW9 ON	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2013	3	93PB49P31DC046376
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
72,02	8,00	80,03
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15	0,62	164,82
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	*****

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

09/2017
02.494/0001-41
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19.01.2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540330 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, FRATURA DE 1, 2 E 4 METATARSOS, DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA, DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DE METATARSOS (FLEXÃO A 10 GRAUS), LIMITAÇÃO NA FORÇA DO PÉ, COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++-++++). APRESENTA BLOQUEIO DE QUADRIL ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAU MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE DAS FRATURAS, FISIOTERAPIA. EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL ESQUERDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ DIREITO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM QUADRIL ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM QUADRIL ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540330 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, FRATURA DE 1, 2 E 4 METATARSOS, DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA, DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DE METATARSOS (FLEXÃO A 10 GRAUS), LIMITAÇÃO NA FORÇA DO PÉ, COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++-++++). APRESENTA BLOQUEIO DE QUADRIL ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAU MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,OSTEOSSÍNTESE DAS FRATURAS, FISIOTERAPIA. EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL ESQUERDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ DIREITO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM QUADRIL ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM QUADRIL ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540330 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DO 1º, 2º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-DE FÊMUR DIREITO.
TRATAMENTO CIRÚRGICO-PÉ DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

1/2
6/7.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540330 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DO 1º, 2º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-DE FÊMUR DIREITO.
TRATAMENTO CIRÚRGICO-PÉ DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: 1/2
6/7.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324849/19

Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

CPF: 109.851.774-11

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/05/2018

Titular do CPF: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO : 109.851.774-11

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: 19/09/2019
Nome: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO
CPF: 109.851.774-11

ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540330

Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

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, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190540330 **Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO**

Data do Acidente: 16/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540330

Vítima: ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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: **ANA CLAUDIA BRITTO DE FIGUEIREDO**

Valor: **R\$ 6.412,50**

Banco: **104**

Agência: **000001030**

Conta: **0000042483-6**

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,



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190540330
Nome do(a) Examinado(a): Ana Claudia Britto de Figueiredo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Bonifacio, 1141 Bl B Apt 1204
Torre Recife PE CEP: 50710-001
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8290589
Data local do acidente: [16/05/2018]
Data local do exame: [01/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, FRATURA DE 1, 2 E 4 METATARSOS, DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE DAS FRATURAS, FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL ESQUERDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ DIREITO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA, DISCRETA HIPOTRÓFIA MUSCULAR, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DE METATARSOS (FLEXÃO A 10 GRAUS), LIMITAÇÃO NA FORÇA DO PÉ, COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++). APRESENTA BLOQUEIO DE QUADRIL ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAU MEDIO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE GRAU MEDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DO PÉ, ENCURTAMENTO DO MEMBRO, ALTERAÇÃO DA MARCHA E DA FORÇA, MÉDIO DE QUADRIL ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
QUADRIL - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do crime ou ASI: 3 - CPF da vítima: 10985177411 4 - Nome completo da vítima: ANA CLAUDIA BRITO FIGUEIREDO

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

5 - Nome completo: ANA CLAUDIA BRITO FIGUEIREDO 6 - CPF: 10985177411
7 - Profissão: VENDEDORA 8 - Endereço: RUA JODI BONEFACIO, BL B. APT. 12401141 ED ACACIA
11 - Bairro: TORRE 12 - Cidade: RECIFE - 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50710-001
15 - E-mail: 15 - Tel (DDD): 9-9859-8790

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGENCIA: 1030 CONTA: 92483 6

AGENCIA: CONTA:

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

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

do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada. Caso contrário, solicito a exclusão do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada. Caso contrário, solicito a exclusão do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - CPF: 05.802.494/0001-41

Assinatura da testemunha CORRETORA DE SEGUROS LTDA

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha RECIFE-PE

40 - Local e Data: Recife 17 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Acidente nº 18030361B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 101 **KM:** 83,0 - Crescente **Município:** JABOATÃO DOS GUARARAPES/PE

Data: 16/05/2018 **Hora:** 22:30

Policial responsável pelo atendimento: A. DE MELO, matrícula 1069523

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal **Tipo de pavimento:** Asfalto **Tipo de pista:** Dupla

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Curva

Localidade urbanizada: ✕ **Acostamento:** ✕ **Canteiro central:** ✕

Condição meteorológica: Chuva **Fase do dia:** Plena Noite

NARRATIVA

NO DIA, 16/05/2018, ÀS 22:30h, NO KM 83 da BR 101 SUL, PRAZERES - JABOATÃO/PE, OCORREU UM ACIDENTE DO TIPO TOMBAMENTO, COM 04 VÍTIMAS (01 MORTA E 03 FERIDAS). O V1, ÔNIBUS MARCOPOLO, TRANSITAVA NO SENTIDO RECIFE-CABO QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, SAINDO DO LEITO CARROÇÁVEL, COLIDINDO NUMA PEDRA APÓS O ACOSTAMENTO, E TOMBANDO NA ÁREA DE DOMÍNIO DA UNIÃO, IMOBILIZADO SOBRE O SEU LADO ESQUERDO, E UMA VÍTIMA MORTA RESTOU IMOBILIZADA FORA E DEBAIXO DO VEÍCULO, E MAIS UMA VÍTIMA TAMBÉM FORA E EMBAIXO DO VEÍCULO, SOCORRIDA COM LESÕES GRAVES. CONFORME CONSTATAÇÕES EM LEVANTAMENTO REALIZADO NO LOCAL, CONCLUIU-SE QUE O FATOR PRINCIPAL DO ACIDENTE FOI A FALTA DE ATENÇÃO À CONDUÇÃO DO VEÍCULO, ASSOCIADA À CHUVA E ÁGUA NA PISTA. O TRECHO REFERIDO DA RODOVIA, APESAR DE NÃO ESTÁ PASSANDO POR OBRAS, SE ENCONTRA SEM ILUMINAÇÃO, COMPLETAMENTE ESCURO, E COM A SINALIZAÇÃO HORIZONTAL DAS LINHAS DIVISÓRIAS DA FAIXA DE TRÂNSITO PARCIALMENTE APAGADAS. DEVIDO A COLISÃO, O DISCO DO TACÓGRAFO FICOU INACESSÍVEL. OS PNEUS ESTAVAM EM BOAS CONDIÇÕES DE USO. O CONDUTOR SUBMETEU-SE AO TESTE DE ALCOOLEMIA, TENDO DADO COMO RESULTADO 0,00. O FATO DE VÍTIMAS TEREM SIDO ENCONTRADAS FORA DO VEÍCULO, CERTAMENTE FOI PELO NÃO USO DO CINTO DE SEGURANÇA. O SOCORRO FOI REALIZADO PELO CORPO DE BOMBEIRO. A DINÂMICA DO ACIDENTE ENCONTRA-SE REPRESENTADA NO CROQUI,

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18030361B01



PRF

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
2	Colisão com objeto estático	
3	Tombamento	

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

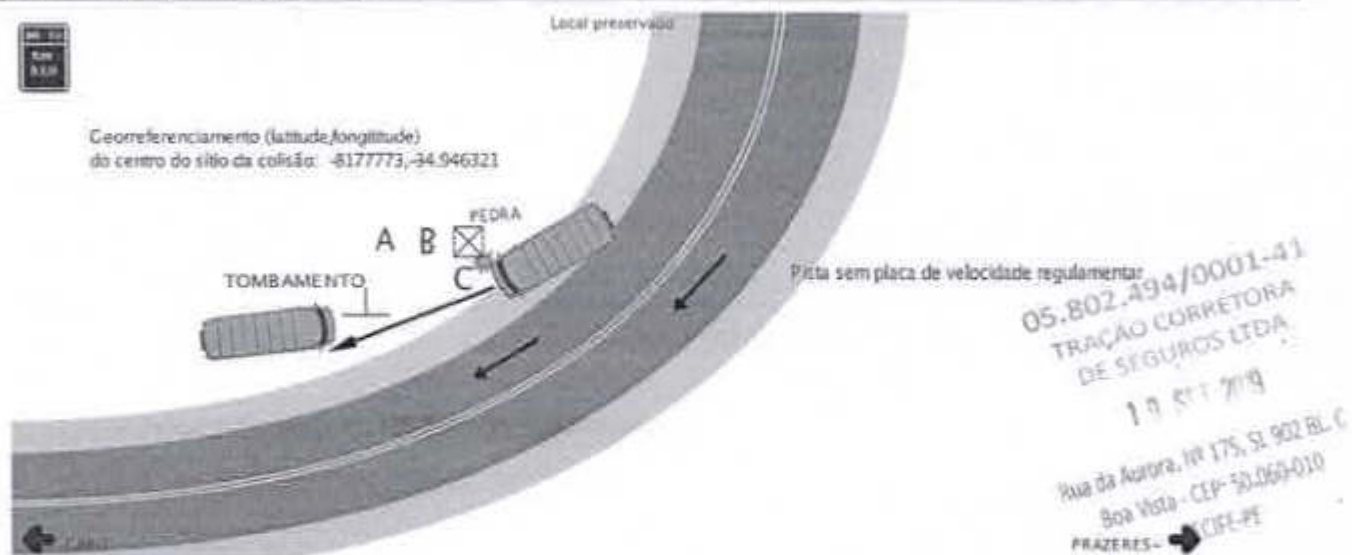


SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - TRIÂNGULAÇÃO

Descrição do Ponto	X	Y
Ponto de colisão	5.1	2.8
Roda dianteira direita - LLW2126 - V1	6.8	8.1
Roda dianteira esquerda - LLW2126 - V1	6.7	7.8

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

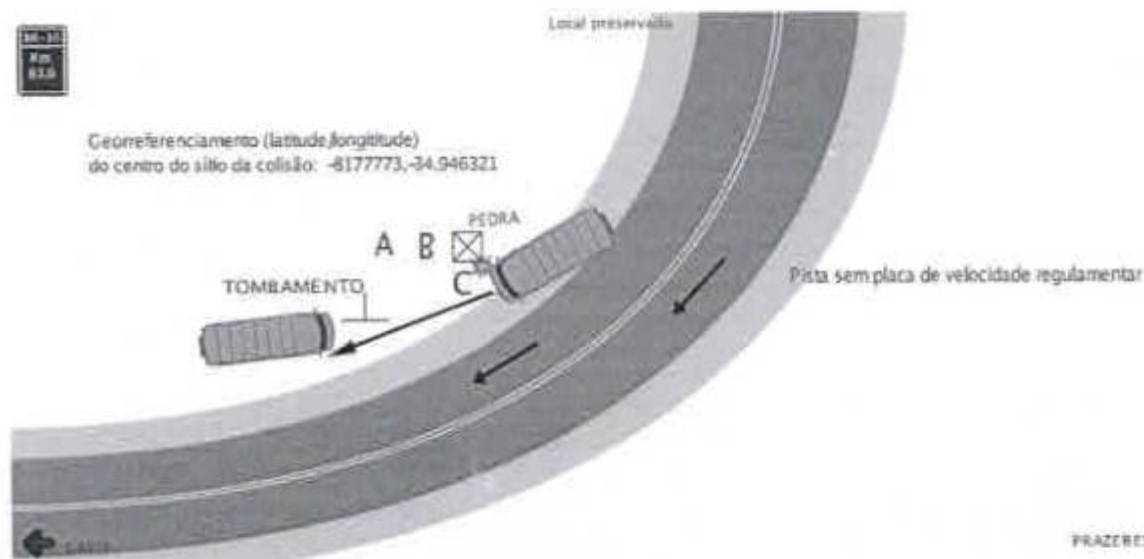
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18030361B01



PRF



Georreferenciamento (latitude/longitude)
do centro do sítio da colisão: -81.77773,-34.946321



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



LLW2126

Placa: LLW2126 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: MARCOPOLO/VOLARE DW9 ON/2013

Renavam: 00538181770

Chassi: 93PB49P31DC046376

Tipo de Veículo: Ônibus

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: ADALTON TURISMO LTDA ME

CPF/CNPJ: 05.524.374/0001-20

Endereço: , ARARUAMA/RJ

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Sem Imagem



Sem Imagem

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 SET 2019

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



LLW2126

CRONOTACOGRAFO

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim Presente: Inacessível

Equipamento atende à legislação:

Tempos de parada/descanso atendem à legislação:

Disco diagrama foi recolhido:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19/06/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.067-010
RECIFE-PE



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741827C95B09732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



CONDUTOR

ALEQUISSANDRO EPIFANIO DOS SANTOS

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Condutor

Nome: ALEQUISSANDRO EPIFANIO DOS SANTOS

CPF: 078.167.244-97

Data de nascimento: 20/02/1986

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Teste de etilômetro, 1903, aparelho SN 114407.

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: D

Data primeira habilitação: 20/05/2008

Nº Registro: 04364599645

UF: PE

Data de vencimento da habilitação: 08/10/2020

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Resultado: 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: AV LAURA CAVALCANTI, 0000000053, GAIBU, TEIXEIRA/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
THAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.
19 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 51.060-010
RECIFE-PE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



PASSEIRO

ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Passageiro

Nome: ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO

CPF: 109.851.774-11

Data de nascimento: 23/04/1994

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Em razão da complexidade do acidente, não foi possível coletar demais dados básicos das vítimas.

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19.05.2019

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1089523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



PASSEIRO

JOSELIA ROSENDO LIRA

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Passageiro

Nome: JOSELIA ROSENDO LIRA

CPF: 666.418.104-53

Data de nascimento: 17/11/1970

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Em razão da complexidade do acidente, não foi possível coletar demais dados básicos das vítimas.

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19/11/2019

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



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/08/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



MICHELLE LAUREANO MATOSO

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Passageiro

Nome: MICHELLE LAUREANO MATOSO

CPF: 084.335.054-75

Data de nascimento: 26/11/1989

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Em razão da complexidade do acidente, não foi possível coletar demais dados básicos das vítimas.

DADOS DE CONTATO

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10.511.779

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



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18030361B01



PRF

V1



PASSEIRO

JULIANA MARIA DA SILVA

Placa do veículo: LLW2126

Marca/modelo: MARCOPOLO/VOLARE DW9 ON

Envolvimento: Passageiro

Nome: JULIANA MARIA DA SILVA

CPF: 704.530.734-92

Data de nascimento: 24/04/1999

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Morto

Usava cinto de segurança: Não

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Em razão da complexidade do acidente, não foi possível coletar demais dados básicos das vítimas.

DADOS DE CONTATO

Endereço: HERCILIA TAVARES DA SILVA

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 SET 2019

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



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B08732E26C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18030361B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / MARCOPOLO/VOLARE DW9 ON

Placa: LLW2126

Nome do agente: A. DE MELO

Nº BOAT: 18030361B01

Matrícula do agente: 1069523

Data: 16/05/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M	X		
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M			
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M	X		
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M	X		
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18030361B01



PRF

Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dimensão da monta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18.06.2018

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



Documento assinado eletronicamente por A. DE MELO, matrícula 1069523, Policial Rodoviário Federal, em 05/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18030361B01 e o número de controle D64F8751B00741627C95B09732E26C

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do registro ou ARL: 10985177411 4 - Nome completo da vítima: ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO

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

5 - Nome completo: ANA CLAUDIA BRITTO FIGUEIREDO 6 - CPF: 10985177411
7 - Profissão: VENDEDORA 8 - Endereço: RUA JOÃO BONIFÁCIO, BL B, APT 104, 1141 ED ACACIA
11 - Bairro: TORRE 12 - Cidade: RECIFE - PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50710-001
15 - E-mail: 9-9857-2790

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGENCIA: 1030 CONTA: 92483 6
Nome do BANCO: AGENCIA: CONTA:

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

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

do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, não sendo obrigado, sob pena de anulação do pedido, a apresentar novo documento comprobatório de que não há mais condições permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: 05.802.494/0001-41
Assinatura da testemunha DE SEGUROS LTDA

39 - 2ª Nome: CPF: 19.511.7019
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 17 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)