

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200091554 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 22/11/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 7_RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- ELIANE MARIA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG- 9610384 SSP/PE CPF:119.604.814-28
DATA DO ACIDENTE:22/11/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: ELIANE MARIA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA – SITIO TATUS , Nº 750, VILA DO SOCORRO ,TAQUARITINGA DO NORTE , -PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURAD CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 21DE JANEIRO DE 2020.

x Eliane Maria da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

Reconheço Por Autenticidade a firma de
ELIANE MARIA DA SILVA, 10/02/2020 e dou fé
Em testemunho da verdade. Escritor:
GLEYSON ALVES MOTA DE ARAUJO
Emitido em 3.92. TSNR 0.82. FERC 0.41 Total R\$5,48
Consulte a autenticidade em www.spe.jus.br
Selo: 0162057 OV00220200100670
Gleyson A.M. de Araujo
ESCREVENTE AUTORIZADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072915/20

Vítima: ELIANE MARIA DA SILVA

CPF: 119.604.814-28

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 22/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIANE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ELIANE MARIA DA SILVA : 119.604.814-28

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091554

Vítima: ELIANE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIANE MARIA 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, 15 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091554

Vítima: ELIANE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIANE MARIA DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: $6,25\% \times 13.500,00 =$ R\$ 843,75

Recebedor: **ELIANE MARIA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000030864-5**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 119.604.814-28 4 - Nome completo da vítima: ELIANE MARIA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ELIANE MARIA DA SILVA 6 - CPF: 119.604.814-28
 7 - Profissão: R. INF. 8 - Endereço: SÍTIO TATUS 9 - Número: 750 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: VILA DO SOCORRO 12 - Cidade: TAG. DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 9-91613907.

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA 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 abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 30864 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 nascituro (vai nascer)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Stº Cruz do Cap. PE 11/02/2019.

Eliane Maria da Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19064409B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 22/11/2019 Hora: 19:25 Município: TAQUARITINGA DO NORTE/PE
BR: 104 KM: 20,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: TAVARES, 1068973

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 22/11/2019, por volta das 19h25, no km 20,0 BR 104, em Taquaritinga do Norte-PE, sentido decrescente da via, ocorreu um acidente de trânsito do tipo colisão lateral, seguida de colisão com objetivo estático, com três feridos (um grave e dois leves). Os veículos envolvidos foram: Fiat/Palio Week, placa KFT-7353/PE (V1) e Volvo /FH12, placa CLK-5017/SP (V2), este atrelado ao SR/Facchini, placa EWU-4329/SP. Com base na análise dos vestígios identificados (pontos de colisão, fragmentos dos veículos, local de repouso dos veículos), constatou-se que o V1 (Fiat/Palio) seguia o fluxo, no sentido crescente da via, quando saiu um pouco da pista para o acostamento e, ainda, devido a existência de um desvio no asfalto, perdeu o controle da direção do veículo, tentou volta para a pista, bruscamente, quando foi em direção contrária ao V2 (Volvo/FH12), que este tentou desviar; no entanto, o V1 (Fiat/Palio) colidiu lateralmente no V2 (Volvo/FH12). Em seguida, o V1 (Fiat/Palio), perdeu o controle da direção e colidiu com um objeto estático (galhos de árvore) e, por outro lado, o V2 (Volvo /FH12), também, perdeu o controle da direção e colidiu com um objeto estático (Barranco). A dinâmica do acidente se encontra representada no croqui. Assim sendo, conforme constatações registradas nessa narrativa e interpretação dos vestígios materiais identificados no local, conclui-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção à condução do condutor do V1 (Fiat/Palio) e, ainda, a existência de um pequeno desnível na pista (acostamento). Observações: 1) O local do acidente foi, totalmente, preservado; 2) A velocidade regulamentar da via, no local do acidente, é de 80 km/k, conforme sinalizações ao longo da via; 3) Há sinalizações vertical e horizontal legíveis e visíveis no local; 4) o Condutor do V1 (Fiat/Palio) não foi submetido ao teste do etilômetro,



Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

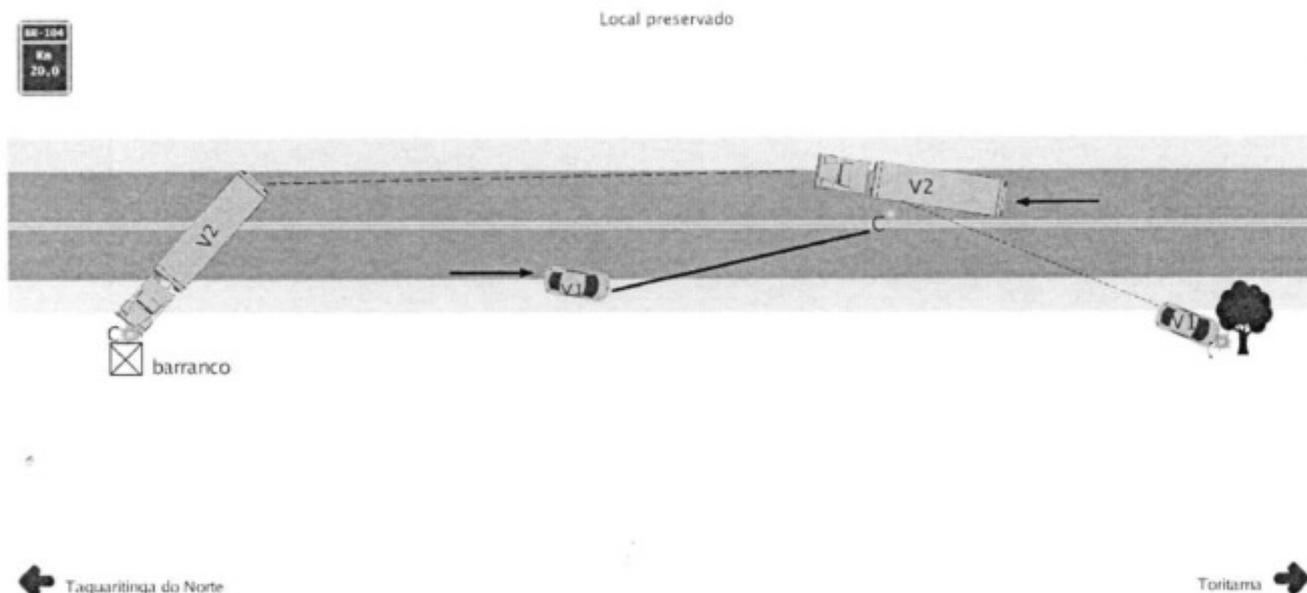
191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

uma vez que tinha sido socorrido, com lesões graves, para o Hospital de Toritama; 5) O condutor do V2 (Volvo /FH12), realizou o teste no. 06959, resultado 0,00 mg/l; 6) Os envolvidos não preencheram o Termo de Declaração do Envolvido (TDE), 7) Foram entregues os protocolos do acidente, BAT no. 19064409B01; 8) No acidente, não houve danos ao patrimônio da União; 9) Na pista havia um pequeno desnível (entre o acostamento) no sentido crescente da via; 10) A rodovia se encontrava, naquele trecho, em fase de duplicação; 11) Devido ao acidente, o V2 (Volvo/FH12) ficou atravessado na via, interditando os dois sentidos da pista, sendo necessário orientar o trânsito com outra alternativa (acesso em estrada de terra); 12) Autorizado pela condutor e proprietário, o veículo V1 (Fiat/Palio) foi entregue no local ao parente (primo), o Sr. Daniel José da Silva, CPF No. 100.680.104-94; 13) O veículo V2 (Volvo/FH12) foi entregue no local, na íntegra, ao seu referido condutor (José de Jesus Silva); 14) As vítimas envolvidas, nesse acidente, foram encaminhadas para o Hospital de Toritama.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	V2, V1
2	Colisão com objeto estático	V2, V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			
2	V2			



Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - KFT7353 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: KFT7353 Marca/modelo: FIAT/PALIO WEEK ELX FLEX Renavam: 00969013493
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9BD17301M94231229 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Cinza
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Autorizado pela condutor e proprietário, o veículo foi entregue no local ao parente, o Sr. Daniel José da Silva, CPF No. 100.680.104-94.



Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/PALIO WEEK ELX FLEX

Placa: KFT7353

Nº BOAT: 19064409B01

Nome do Agente: TAVARES

Matrícula do Agente: 1068973

Data: 22/11/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalás ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Montagem: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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.pr.fgov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

V1 - Proprietário

Nome: JEFERSON ROMAO DA SILVA
Email:
Endereço: TAQUARITINGA DO NORTE-PE

CPF/CNPJ: 109.796.234-21

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - ELIANE MARIA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ELIANE MARIA DA SILVA
CPF: 119.604.814-28
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 08/09/1996

Estado civil: Não Informado

Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 24/07/2015
Vencimento da habilitação: 17/09/2024

Nº Registro: 06420246875
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SÍTIO TATUS, 0000000000, CS, ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE-PE

Telefone:

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - Aurora Romão da Silva

V1P1 - Informações

Nome: Aurora Romão da Silva
Nº de Identificação/órgão expedidor: 000000000/00000000
Estado físico: Lesões Leves
Usava dispositivo para retenção de criança: Sim, utilizava-o
correto/corretamente

Data de Nascimento: 20/03/2019

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Sim

Informações complementares: A vítima foi socorrida SAMU ou Bombeiros com lesões leves para o Hospital de Toritama.

V1P1 - Dados do Contato

Endereço:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

Telefone:

Email:

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - Maria José de Brito

V1P2 - Informações

Nome: Maria José de Brito

Data de Nascimento: 24/04/1979

Nº de Identificação/órgão expedidor: 0000000/0000000

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Não

Informações complementares: Vítima com lesões leves que foi socorrida para o Hospital de Toritama.

V1P2 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - CLK5017 - CAMINHÃO-TRATOR

V2 - Informações

Placa: CLK5017

Marca/modelo: VOLVO/FH12 380 4X2T

Renavam: 00723022259

Ano fabricação: 1999 Chassi: 9BVA4B5A0YE669757

Tipo de veículo: Caminhão-
trator

Espécie: Tração Categoria: Aluguel

Cor: Vermelha

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

Informações complementares: Veículo entregue no local, na íntegra, ao seu referido condutor que foi envolvido no acidente de trânsito.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / VOLVO/FH12 380 4X2T

Placa: CLK5017

Nº BOAT: 19064409B01

Nome do Agente: TAVARES

Matrícula do Agente: 1068973

Data: 22/11/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Montagem: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

V2 - Proprietário

Nome: ROBERTO MARTINS MAIRENA

CPF/CNPJ: 916.900.808-68

Email:

Telefone:

Endereço: OSASCO-SP

V2C - CONDUTOR DE V2 - JOSE DE JESUS SILVA

V2C - Informações

Nome: JOSE DE JESUS SILVA

Data de Nascimento: 14/10/1955

CPF: 036.320.238-24

Estado civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

Informações complementares: Realizou o teste de alcoolemia no. 06559, resultado 0,00 mg/l.

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: E

Primeira habilitação: 10/07/1984

Nº Registro: 01982930093

UF: SP

Vencimento da habilitação: 12/01/2022

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: TV S FIDELIS, 00104, CS 8, VL ROSALIA, GUARULHOS-SP

Telefone: 91-984316832 - 011-63497594

Email:

TRACIONADO (REBOQUE/SEMI-REBOQUE E OUTROS) DO VEICULO 2 - V2R1 - EWU4329

V2R1 - Informações

Placa: EWU4329 Marca/modelo: SR/FACCHINI SRF CF

Renavam: 00595230520

Ano fabricação: 2013 Chassi: 94BF1543DER022391

Tipo de veículo: Semireboque

Espécie: Carga Categoria: Aluguel

Cor: Cinza

Manobra no momento do acidente:

V2R1 - Proprietário

Nome: SCR TRANSP ARMAZ E LOGISTICA LTDA ME

CPF/CNPJ: 01.382.692/0001-42

Email:

Telefone:



Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

Endereço: GUARULHOS-SP



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

V2R1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2R1 / SR/FACCHINI SRF CF

Placa: EWU4329

Nº BOAT: 19064409B01

Nome do Agente: TAVARES

Matrícula do Agente: 1068973

Data: 22/11/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01

V2R1 - Imagens Obrigatórias

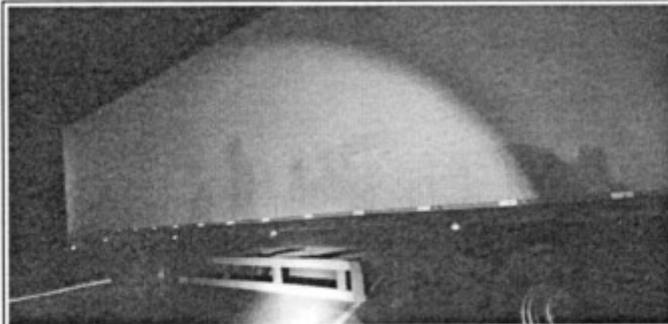


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19064409B01



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TAVARES, matrícula 1068973, Policial Rodoviário Federal, em 26/11/2019, 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 19064409B01 e o número de controle 826C3916FE2620F2E0239C7F6C5289.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 119.604.814-28 4 - Nome completo da vítima: ELIANE MARIA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ELIANE MARIA DA SILVA 6 - CPF: 119.604.814-28
 7 - Profissão: R. INF. 8 - Endereço: SITIO TATUS 9 - Número: 750 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: VILA DO SOCORRO 12 - Cidade: TAG. DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 9-91613907.

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA 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 abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 30864 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Stº Cruz do Cap. PE 11/02/2019.

Eliane Maria da Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



NOTA FISCAL DE FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ELIANE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI TATU 750

CPF 119.804.814-28

VILA SOCORROVILA DO SOCORRO
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA DE ENERGIA	PERÍODO
7022155851	12/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
20/12/2019	10/01/2020
VALOR TOTAL	
110,80	

Nº DA NOTA FISCAL	Tipo de Fatura	Nº DA CONTABILIZAÇÃO
080093021	ÚNICA	13/12/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA CONTABILIZAÇÃO
13/12/2019	2014723414	3861219

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	124,00000000	0,75727674	93,90
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,92
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,21
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,62
ICMS Subvenção-CDE-NF 080441589-10/10/19			1,18
Multa por atraso-NF 094098181 - 11/11/19			2,90
Juros por atraso-NF 094098181 - 11/11/19			0,09
Atualização IGPM-NF 084098181 - 11/11/19			0,08

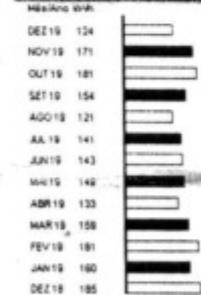
TOTAL DA FATURA

110,80

DESCRIÇÃO NATIVA DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MP28923	CA7	11-11-2019	30 074,00	13-12-2019	30 198,00	32	1,00000		124,00

ANÁLISE DE CONSUMO



ANÁLISE DE CUSTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	99,03	25,00	24,75
PIB	99,03	0,44	0,43
COFINS	99,03	2,02	2,00

	VALOR	%
Gerção de Energia	R\$ 33,44	33,75%
Transmissão	R\$ 3,50	3,72%
Distribuição (Celpe)	R\$ 22,40	23,22%
Perdas de Energia	R\$ 7,06	7,53%
Energias Setoriais	R\$ 5,26	5,31%
Tributos	R\$ 27,18	27,45%
Total	R\$ 99,83	100%

RESERVA DE PROVISÃO PARA PERDAS NÃO REALIZADAS: R\$ 1,54033300

4424 9758 EBC9 8FAE ECE1 0FBE 4280 8866

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Seguir no ponto mais perto de você e/ou através de aplicativos, sua preferência será atendida. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda familiar mensal inferior a 3 salários mínimos. O cliente é considerado quando há votação na contribuição individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 7% (Resol. 44/ANEX. I), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no índice. O Cliente é considerado quando há descumprimento do prazo definido para os procedimentos de atendimento ao cliente.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Crida pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES RÓCHA 3

CPF 945 234 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL 079864121	SÉRIE UNICA	EMISSÃO 08/10/2019
--------------------------------	----------------	-----------------------

APRESENTAÇÃO 08/10/2019	Nº DO CLIENTE 2011189068	Nº DA INSTALAÇÃO 3423002
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

CONTA CONTRATO 7008475460	MÊS/ANO 10/2019
DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA 08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,62

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,000000	0,81089952	47,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,82
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Suavização-CDE-NF 072300654-08/08/19			0,80
TOTAL DA FATURA			53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3190297771	CAT	05/09/2019	252,00	08/10/2019	311,00	33	1,00000		59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
08/10/2019 31,87%

Scanned by CamScanner

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M. Moura de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eliane Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.604.814 / 98 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima Eliane Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.604.814 / 98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Rosemário Alves da Rocha</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>St. Cruz do Cap.</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55192-305</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) <u>991613907</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.9700 1998</u>	

St. Cruz do Cap. PE de 11 / Jan de 2020
Local e Data

Adriana M. Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) ELIANE MARIA DA SILVA, CPF:119.604.814-28, RG-9610384 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com **ID-0334, REG- 25.426**, no dia 22 de NOVEMBRO de 2019, às 19H e 40min. Na BR.104/ sentido Toritama, com queixa de colisão de carreta com carro, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando para o Hospital de Toritama pela equipe dos bombeiros com apoio da USA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 22 DE JANEIRO DE 2020

Maria Lenice C. da Silva
Coordenação SAMU
Mat. 001022

**MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em 11 / 02 / 2020

Eliane Maria da Silva

Toritama, 10 de Fevereiro de 2020.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 021/2020

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima.

Para: **ELIANE MARIA DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **ELIANE MARIA DA SILVA** deu entrada nesta unidade no dia 22/11/2019 sob o registro 83638-1 como consta no prontuário.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Mateus Emanuel Tavares
Coordenador da Unidade de Saúde



Unidade: 2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA	Data e Hora da Chegada 22/11/2019 às 20:22
Paciente: 32538-1 ELIANE MARIA DA SILVA	Nascimento: 08/09/1996
Sexo: Feminino RG:	Idade: 23 ano(s), 5 mês(es) e 2 dia(s)
Município: TAQUARITINGA DO NORTE	UF: PE
Logradouro: TATUS, S/N	Localidade: ZONA RURAL
Profissão:	Telefone: (81) 93026149 / ()
CNS Pac.:	Celular: ()
Nome Mãe: MARIA JOSE DE BRITO	
Ass. Paciente ou Resp: _____	
Nome Responsável. Quando menor: _____	
Grau Parentesco: _____	
Polegar Nº Registro: 83638-1	

DADOS DA TRIAGEM

Data	Hora	Profissional	Descrição
22/11/2019	20:27	AGENDA INTEGRADA	Observação: (45 Quedas) Dor intensa. Pc vítima de acidente automobilístico queixando-se de dor

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO

Data	Hora	Rotina	Profissional	Descrição
23/11/2019	08:04	ALTA	6-1 - ANDRESA MARCIA DA SILVA	Observação: evolu-se

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional
CID	R520	DOR AGUDA	257-1-CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
POLITRAUMA VINDO COM SAMU			

CAPOTAMENTO

SOLICITO RX SERIE TRAUMA

CID	M255	DOR ARTICULAR	257-1-CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
PACIENTE COM FRATURA EM UMEMO. TRANSFERENCIA AO HRA / ORTOPEDIA 5821955			

PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento	Profissional	Data
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA		
0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	12-1 - EDNEUSA MARIA DE SOUZA	22/11/2019

MEDICAMENTOS

Código	Medicamento	Concentração	Posologia
--------	-------------	--------------	-----------

EXAMES

Código	Exame	Observação
--------	-------	------------

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES

Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição
22/11/2019	20:46	TRAMADOL 50 MG/ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), TRAMAL 100MG NO SORO DE 250 ML	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
22/11/2019	20:46	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML, 1 FRASCOS, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
22/11/2019	20:46	CETOPROFENO 50MG/ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), IV + 100ML SF	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
23/11/2019	03:59	BROMOPRIDA 10MG/2ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), IV + AD	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE

Profissional Responsável



Nome: ELIANE MARIA DA SILVA
Sexo: FEMININO
Mãe: MARIA JOSE DE BRITO
Endereço: AVENIDA VALDENICE GOMES DA SIILVA, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: FEIRA NOVA - UF: PE

Idade: 23 Anos 3 Meses 12 Dias
CNS: 700509783241656
Contatos: 81. 97711156 | Celular: 81.

Nasc. 08/09/1996

Dados do Atendimento: Data/Hora Atend.: 23/11/2019 15:35 Prontuário: 1100541 Nº. Atendimento: 3404629 Serviço: CIRURGIA Enfermaria/Leito: Médico: TULIO PORTO FERREIRA
--

Admissão

Queixa Principal

TRAUMA EM OMBRO DIREITO

História Clínica

TRAUMA EM OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Exame Físico

DOR A PALPAÇÃO EM OMBRO DIREITO
NV PRESERVADO

Observações

RX EVIDENCIA FRATURA DE UMIERO PROXIMAL DIR

Conduta

INTERNAMENTO HOSPITALAR P/ TTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMIERO PROXIMAL

TULIO PORTO FERREIRA - CRM: Nº.CRM24080

Data/Hora: 23/11/2019 - 16:29

20/12/19
TULIO PORTO FERREIRA
CRM: 24080



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente:
ELIANE MARIA DA SILVA

Idade:
23 Anos 2 Meses 15 Dias

Prontuário
1100541

Atendimento: Dt Atend.
3404679 23/11/2019

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: verde ort		DATA: 23/11/2019
NOME: ELIANE MARIA DA SILVA		
NOME SOCIAL:		
IDADE: 23 Anos 2 Meses 15 Dias	DATA DE NASCIMENTO: 08/09/1996	ESTADO CIVIL: Outros
MÃE: MARIA JOSE DE BRITO		
PAI: JOSE JOAO DA SILVA		
ENDEREÇO: AVENIDA VALDENICE GOMES DA SIILVA , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: FEIRA NOVA - UF: PE		
PONTO DE REFERENCIA:		
TELEFONES: 97711156 JEFFERSON 93026149 ELIANE		
ENTREVISTADO(A): JEFFERSON ROMAO DA SILVA		PARENTESCO: COMPANHEIRO
DOCUMENTOS: POSSUI <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APRESENTADOS: RG9610384 SDS PE		
1º ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/>	READMITIDO <input type="checkbox"/>	PROCEDENCIA: HOSP DE MORENO
ACOMPANHANTE:		PARENTESCO:
TABAGISMO: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/>		USO DE ALCOOL: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/>
OUTRAS DROGAS: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/>		
PESSOA COM DEFICIENCIA: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> QUAIS: VISUAL <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>		
REDE DE APOIO: SUS / SUAS	AMBULATORIO <input type="checkbox"/> PSF <input checked="" type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> CAPS (AD) <input type="checkbox"/> CAPS (TRANSTORNO MENTAL) <input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/>	
PROFISSÃO: VENDEDORA AUTONOMA		ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO
VINCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: RESIDE COM COMPANHEIRO E FILHA		
APOIO FAMILIAR: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	BENEFICIO: PREVIDENCIARIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input type="checkbox"/>	

OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO

ADMISSAO DIA 23/11/2019 ,COM HISTORIA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.LIBERO ACOMPANHANTE
26/11/2019 - USUARIA ADMITIDA NA TRAUMATOLOGIA, ACOMPANHADA DO COMPANHEIRO. ORIENTO ROTINA..

ASSISTENTE SOCIAL: EDNA MARIA FRANCO DO MONTE - CRESS: Nº.8289

Paciente: 1100541 - ELIANE MARIA DA SILVA

Idade: 23 Anos 3 Meses 12 Dias

Data de Nascimento: 08/09/1996

Prestador Assistente: MURILO ANTONIO NOGUEIRA LIMA JUNIOR

Conselho / Número Cons.: CRM - nuil - 2436116

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404679

Leito: TRAU 21-01 - POSTO II Admissão: 23/11/2019 23:10

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 663856 (FECHADO)

Responsável: ARTUR FREIRE SOARES - CRM 26910 /
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 26/11/2019

Data/Hora do Documento: 26/11/2019 07:09

HD: FRATURA ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI SEM QUEIXAS

AO EXAME: EGBOM, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL
TIPOIA EM MSE

CD: 1) SOLICITO LAB

2) DISCUTIR CASO COM PRECEPTORIA PARA POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO CONSERVADOR

ARTUR FREIRE SOARES
CRM 26910

Paciente: 1100541 - ELIANE MARIA DA SILVA

Idade: 23 Anos 3 Meses 12 Dias

Data de Nascimento: 08/09/1996

Prestador Assistente: MURILO ANTONIO NOGUEIRA LIMA JUNIOR

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 2436116

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404679

Leito: TRAU 21-01 - POSTO II Admissão: 23/11/2019 23:10

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 664749 (FECHADO)

Responsável: ARTUR FREIRE SOARES - CRM 26910 /
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 27/11/2019

Data/Hora do Documento: 27/11/2019 06:13

HD: FRATURA ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

PACIENTE EVOLUI SEM QUEIXAS

AO EXAME: EGBOM, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL
TIPOIA EM MSE

CD: 1) ALTA HOSPITALAR - OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR

ARTUR FREIRE SOARES
CRM 26910

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ELIANE MARIA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9610384 SDS PE

CPF
119.604.814-28

DATA NASCIMENTO
08/09/1996

FILIAÇÃO
**JOSE JOAO DA SILVA
MARIA JOSE DE BRITO**

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
A3

Nº REGISTRO
293074521

VALIDADE
29/09/2014

1ª HABILITAÇÃO
24/07/2015

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1928379247

OBSERVAÇÕES

Eliane Maria da Silva

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO
17/09/2019

Roberto Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**58704550106
PR094576815**

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1928379247

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO E
 CATEGORIZAÇÃO DE HABILITAÇÃO

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF **945.234.444-04** DATA NASCIMENTO **26/07/1974**

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMARTE FERRIRA DE MOURA

PERMISSÃO **0000000000** ACC **00000000** CAT. HAB **B**

Nº REGISTRO **02378605879** VALIDADE **08/06/2022** 1ª HABILITAÇÃO **17/06/2002**

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **SURUBIM - PE** DATA EMISSÃO **10/04/2017**


Carlos Augusto Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000
PE078665272

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

DE ACORDO COM O DECRETO Nº 11.111/2010

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014800610253
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	969013453	*****	2019

NOME
JEFFERSON ROMMO DA SILVA

TAQ. DO ICRTE-PE

CPF / CNPJ	PLACA
109.796.234-21	KET7353

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** PE	9BD17301M96251229

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / AUTOMOVEL	ALCO / GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
FIAT/PALIO WEEK BIX FLEX	2008	2009

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
5P/86CV/1400CL	PARTIC	CINZA

DOTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1° *****
FAIXA I.PVA.	PARCELAMENTO / COTAS	2° *****
1	*****	3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
12.00	0.06	12.06	17/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
TAQ. DO Roberto Carlos Moreira Fontelles	17/02/19

CONTRAN

DIRETOR RESPONSÁVEL DE DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200091554 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 22/11/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 7_RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75