

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180508530**

Vitima: **ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA**

Data do Acidente: **11/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508530**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13534741



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508530 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

**Data da análise:** 09/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

882752994-20

Nome completo da vítima

Allenize Rodrigues da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Allenize Rodrigues da Silva		CPF titular da conta 882752994-20	Profissão
Endereço Rua Cap. Uswaldo Frere		Número 899	Complemento A
Cidade Caxima		Estado PE	CEP 55813-550
Outros dados adruanapuxella@hotmail.com		Telefone (DDD) 8199984-3723	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECEBER DIARIAMENTE</b> <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b> <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> <b>ATE R\$ 1.000,00</b> <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> <b>R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00</b> <input type="checkbox"/> <b>ACIMA DE R\$ 10.000,00</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPEANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRASCO (137) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO Nome Santander		NRO 4047		CONTA NRO 1090903		D/V 1	
AGÊNCIA NRO 4047		D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO 1090903		D/V 1	

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

Caxima, 15 de Agosto de 2018  
Local e Data

Allenize Rodrigues da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFERE COM  
O ORIGINAL





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

882752994-20

Nome completo da vítima

Altemirze Rodrigues da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Altemirze Rodrigues da Silva		CPF titular da conta 882752994-20	Profissão
Endereço Rua Cap. Uswaldo Frere		Número 899	Complemento A
Cidade Carpina		Estado PE	CEP 55813-550
Outros dados adbrunapuxella@hotmail.com		Telefone (DDD) 8199984-3723	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECEBENDO RENDAS	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPEMANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRASCO (137) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome Santander		NRO 4047	
AGÊNCIA NRO 1090903		D/V 1	

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

Carpina, 15 de Agosto de 2018  
Local e Data

Altemirze Rodrigues da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFERE COM  
O ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA -  
DP45ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº **18E0135001244**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/04/2018** às  
**11:33**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **11/4/2018** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1. BR - 408 PROX A  
LOMBADA ELETRONICA SENTIDO NAZARE DA MATA - Bairro: BAIRRO  
NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (AUTOR AGENTE)**  
**ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO**, (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
**JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA**  
**VEICULO**, (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
**ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA**

CONFERE COM  
O ORIGINAL

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

**ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe**  
**DIJANIRA RODRIGUES DA SILVA** Pai: **ARNALDO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento:  
**11/3/1972** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4593699/SDS/PE**  
**(RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS**  
**PROFISSOES** Telefones Celulares:  
**- 997150503**

Endereço Residencial: **AVENIDA CAPITAO OSWALDO FREIRE , 899, CASA A CAJA**  
**CARPINA-PE - CEP: 6 - Bairro: CAJA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA** Pai: **ANTONIO RAMOS DA SILVA** Data de  
Nascimento: **17/11/1983** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**7241956/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão:  
**OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:



3352/2013

MUNICIPIO DE NAZARE DA NATA, 15, LOT. NOVA NAZARE RUA 03  
N. 15000-000 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA  
NATA - PERNAMBUCO BRASIL

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) ALBENIZE RODRIGUES DA  
SILVA (CPF: 012.123.456-78) Sr(a) ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PEA0102 (PERFUME) NÃO INFORMADO

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) JOSINALDO ANTONIO  
RAMOS DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a) JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA  
SILVA

MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido Não  
PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PGS0015 (PIRACARUANA - PIRACARUANA) Registro: 688003523 Classe:  
SCMD0549ER002144

2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL

### Complemento / Observação

INFORMA O CONDUTOR DO VEICULO 02 QUE VINHA NA VIA JÁ CITADA NO B.O DA  
PM PE QUANDO AVISTOU O VEICULO 01 TENTOU FREIAR MAIS SEM SUCESSO. VINDO  
A COLIDIR NO REFERIDO QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DA CONDUTORA  
DO VEICULO 01 COMO TAMBEM FRATURA NA PERNA DIREITA DA MESMA SEGUNDO  
DECLARAÇÕES DO REFERIDO CONDUTOR DO VEICULO N.º 02. AQUI PRESENTE, E B.O  
DA PM PE QUE FICA EM ANEXO. SEGUNDO DECLARAÇÕES DO MESMO QUE PELO  
EXPOSTO PEDE AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER

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

*Josinaldo Antonio Ramos da Silva*

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA  
(AUTOR (AGENTE))

B.O. registrado por: FRANCISCO DE ASSIS TIBURCIO DA SILVA - Matrícula:  
331.149-9







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 04ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ª CIRC DINTER1/11ª DESECção

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135001800



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/05/2018 às 15:34

Complementa o BO Número: 18E0135001244

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 11/4/2018 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR - 408 PROX A LOMBADA ELETRONICA SENTIDO NAZARE DA MATA - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA, PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (AUTOR/AGENTE)  
ANALICE RODRIGUES DA SILVA (OUTRO)  
ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

CONFERE COM  
O ORIGINAL

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

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

ANALICE RODRIGUES DA SILVA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANALICE RODRIGUES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEAD102 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGS4818 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: 588003523 Chassi: 9C2KD0540ER009144

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCOOL GASOL

## Complemento / Observação

INFORMA O CONDUTOR DO VEICULO 02 QUE VINHA NA VIA JÁ CITADA NO B.O DA PMPE QUANDO AVISTOU O VEICULO 01 TENTOU FREIAR MAIS SEM SUCESSO, VINDO A COLIDIR NO REFERIDO QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DA CONDUTORA DO VEICULO 01 COMO TAMBEM FRATURA NA PERNA DIREITA DA MESMA SEGUNDO DECLARAÇÕES DO REFERIDO CONDUTOR DO VEICULO N.º 02. AQUI PRESENTE, E B.O DA PMPE QUE FICA EM ANEXO. SEGUNDO DECLARAÇÕES DO MESMO QUE PELO EXPOSTO PEDE AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER

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

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA  
(AUTORIA GENTE)

B.O. registrado por: JOSE AMARO DE AGUIAR - Matrícula: 3847977





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA -  
DP45ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº **18E0135001244**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/04/2018** às  
**11:33**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **11/4/2018** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1. BR - 408 PROX A  
LOMBADA ELETRONICA SENTIDO NAZARE DA MATA - Bairro: BAIRRO  
NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (AUTOR VALENTE)**  
**ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO**, (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
**JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA**  
**VEICULO**, (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
**ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA**

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

**ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe**  
**DIJANIRA RODRIGUES DA SILVA** Pai: **ARNALDO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento:  
**11/3/1972** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4593699/SDS/PE**  
(RG) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS**  
**PROFISSOES** Telefones Celulares:  
**- 997150503**

Endereço Residencial: **AVENIDA CAPITAO OSWALDO FREIRE, 899, CASA A CAJA**  
**CARPINA-PE - CEP: 6 - Bairro: CAJA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA** Pai: **ANTONIO RAMOS DA SILVA** Data de  
Nascimento: **17/11/1983** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**7241956/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão:  
**OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:

CONFERE COM  
O ORIGINAL



3352/2013

MUNICÍPIO DE NAZARE DA MATA, 15, LOT. NOVA NAZARE RUA 03  
N. 15000-000 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA  
MATA - PERNAMBUCO BRASIL

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) ALBENIZE RODRIGUES DA  
SILVA (CPF: 012.123.456-78) Sr(a) ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PEA0102 (PERFUME) NÃO INFORMADO

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) JOSINALDO ANTONIO  
RAMOS DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a) JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA  
SILVA

MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido Não  
PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PGS0015 (PIRACARUÍ - PAROQUIALHO) Registro: 688003523 Classe:  
SCMD0549ER002144

Ano: 2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL

### Complemento / Observação

INFORMA O CONDUTOR DO VEICULO 02 QUE VINHA NA VIA JÁ CITADA NO B.O DA  
PM PE QUANDO AVISTOU O VEICULO 01 TENTOU FREIAR MAIS SEM SUCESSO. VINDO  
A COLIDIR NO REFERIDO QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DA CONDUTORA  
DO VEICULO 01 COMO TAMBEM FRATURA NA PERNA DIREITA DA MESMA SEGUNDO  
DECLARAÇÕES DO REFERIDO CONDUTOR DO VEICULO N.º 02. AQUI PRESENTE, E B.O  
DA PM PE QUE FICA EM ANEXO. SEGUNDO DECLARAÇÕES DO MESMO QUE PELO  
EXPOSTO PEDE AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER

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

*Josinaldo Antonio Ramos da Silva*

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA  
(AUTOR (AGENTE))

B.O. registrado por: FRANCISCO DE ASSIS TIBURCIO DA SILVA - Matrícula:  
331.149-9





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 04ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP4ª CIRC DINTER1/11ª DESECção

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135001800



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/05/2018 às 15:34

Complementa o BO Número: 18E0135001244

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 11/4/2018 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR - 408 PROX A LOMBADA ELETRONICA SENTIDO NAZARE DA MATA - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA, PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (AUTOR/AGENTE)  
ANALICE RODRIGUES DA SILVA (OUTRO)  
ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

CONFERE COM  
O ORIGINAL

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

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

ANALICE RODRIGUES DA SILVA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANALICE RODRIGUES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEAD102 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGS4818 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: 588003523 Chassi: 9C2KD0540ER009144

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCOOL GASOL

## Complemento / Observação

INFORMA O CONDUTOR DO VEICULO 02 QUE VINHA NA VIA JÁ CITADA NO B.O DA PMPE QUANDO AVISTOU O VEICULO 01 TENTOU FREIAR MAIS SEM SUCESSO, VINDO A COLIDIR NO REFERIDO QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DA CONDUTORA DO VEICULO 01 COMO TAMBEM FRATURA NA PERNA DIREITA DA MESMA SEGUNDO DECLARAÇÕES DO REFERIDO CONDUTOR DO VEICULO N.º 02. AQUI PRESENTE, E B.O DA PMPE QUE FICA EM ANEXO. SEGUNDO DECLARAÇÕES DO MESMO QUE PELO EXPOSTO PEDE AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER

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

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA  
(AUTORIA GENTE)

B.O. registrado por: JOSE AMARO DE AGUIAR - Matrícula: 3847977





Para mais informações, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221306 (para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deve assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima <b>Albenize Rodrigues da Silva</b>	CPF da Vítima <b>882.752.994-20</b>	Data do Acidente <b>11/04/2018</b>
---	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <b>Albenize Rodrigues da Silva</b>	CPF do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT;
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

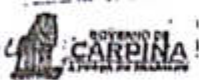
**Carteira 15** de **AGOSTO** de **2018**  
Local e Data

**Albenize Rodrigues da Silva**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**





SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

0462388

1. Hora do chamado	2. Chegada ao local	3. Saída do local	4. Hora da conclusão	5. Saída do hospital
01:55	08:09	08:29	15:40	
6. Motivo/Solitação	7. Data	8. Tipo de recurso	9. Origem do atendimento	10. Bixo
1. URGENTE	14/04/18	1. UBA	1. Domílio	1. Masculino
2. UBA		2. Via Pública	2. Via Pública	2. Feminino
3. VIR		3. Unidade de Saúde	3. Unidade de Saúde	
4. Helicóptero		4. SAG	4. SAG	
11. Rádio operador	12. Paciente	13. Bolsonista	14. Data de nascimento	15. Idade
01:55	08:09	08:29	08:09	08:09
16. Nº	17. Logradouro	18. Bairro	19. Zona	20. Município
511	408	NOVA	1. Urbana	CARPINA
21. Referência	22. Local de ocorrência	23. Ocorrência relacionada ao trabalho	24. Tipo de atendimento	25. Causa externa
01:55	08:09	08:29	08:09	08:09
26. Tipo de vítima	27. Meio de locomoção da vítima	28. Mecanismo do trauma	29. Natureza do acidente	30. Uso do cinto pela vítima
1. Pedestre	1. Automóvel	1. Capotamento	1. Colisão/Abalo	1. Sim
2. Condutor	2. Moto	2. Ejeção	2. Tombamento ou Capotamento	2. Não
3. Passageiro	3. A pé	3. Impacto frontal	3. Choque com objeto fixo	3. Não se aplica
4. Pessoa conduzida em local inadequado	4. Bicicleta	4. Impacto lateral	4. Queda em/ou veículo	4. Não se aplica
	5. Outro	5. Impacto traseiro	5. Queda	5. Não se aplica
		6. Impacto traseiro	6. Queda	6. Não se aplica
			7. Ignorado	7. Não se aplica
			8. Outros	8. Não se aplica
			9. Outros	9. Não se aplica
			10. Outros	10. Não se aplica
			11. Outros	11. Não se aplica
			12. Outros	12. Não se aplica
			13. Outros	13. Não se aplica
			14. Outros	14. Não se aplica
			15. Outros	15. Não se aplica
			16. Outros	16. Não se aplica
			17. Outros	17. Não se aplica
			18. Outros	18. Não se aplica
			19. Outros	19. Não se aplica
			20. Outros	20. Não se aplica
			21. Outros	21. Não se aplica
			22. Outros	22. Não se aplica
			23. Outros	23. Não se aplica
			24. Outros	24. Não se aplica
			25. Outros	25. Não se aplica
			26. Outros	26. Não se aplica
			27. Outros	27. Não se aplica
			28. Outros	28. Não se aplica
			29. Outros	29. Não se aplica
			30. Outros	30. Não se aplica
			31. Outros	31. Não se aplica
			32. Outros	32. Não se aplica
			33. Outros	33. Não se aplica
			34. Outros	34. Não se aplica
			35. Outros	35. Não se aplica
			36. Outros	36. Não se aplica
			37. Outros	37. Não se aplica
			38. Outros	38. Não se aplica
			39. Outros	39. Não se aplica
			40. Outros	40. Não se aplica
			41. Outros	41. Não se aplica
			42. Outros	42. Não se aplica
			43. Outros	43. Não se aplica
			44. Outros	44. Não se aplica
			45. Outros	45. Não se aplica
			46. Outros	46. Não se aplica
			47. Outros	47. Não se aplica
			48. Outros	48. Não se aplica
			49. Outros	49. Não se aplica
			50. Outros	50. Não se aplica
			51. Outros	51. Não se aplica
			52. Outros	52. Não se aplica
			53. Outros	53. Não se aplica
			54. Outros	54. Não se aplica
			55. Outros	55. Não se aplica
			56. Outros	56. Não se aplica
			57. Outros	57. Não se aplica
			58. Outros	58. Não se aplica
			59. Outros	59. Não se aplica
			60. Outros	60. Não se aplica
			61. Outros	61. Não se aplica
			62. Outros	62. Não se aplica
			63. Outros	63. Não se aplica
			64. Outros	64. Não se aplica
			65. Outros	65. Não se aplica
			66. Outros	66. Não se aplica
			67. Outros	67. Não se aplica
			68. Outros	68. Não se aplica
			69. Outros	69. Não se aplica
			70. Outros	70. Não se aplica
			71. Outros	71. Não se aplica
			72. Outros	72. Não se aplica
			73. Outros	73. Não se aplica
			74. Outros	74. Não se aplica
			75. Outros	75. Não se aplica
			76. Outros	76. Não se aplica
			77. Outros	77. Não se aplica
			78. Outros	78. Não se aplica
			79. Outros	79. Não se aplica
			80. Outros	80. Não se aplica
			81. Outros	81. Não se aplica
			82. Outros	82. Não se aplica
			83. Outros	83. Não se aplica
			84. Outros	84. Não se aplica
			85. Outros	85. Não se aplica
			86. Outros	86. Não se aplica
			87. Outros	87. Não se aplica
			88. Outros	88. Não se aplica
			89. Outros	89. Não se aplica
			90. Outros	90. Não se aplica
			91. Outros	91. Não se aplica
			92. Outros	92. Não se aplica
			93. Outros	93. Não se aplica
			94. Outros	94. Não se aplica
			95. Outros	95. Não se aplica
			96. Outros	96. Não se aplica
			97. Outros	97. Não se aplica
			98. Outros	98. Não se aplica
			99. Outros	99. Não se aplica
			100. Outros	100. Não se aplica

31. Intoxicação Exógena	32. Queda	33. Agressão	34. Queimadura	35. Tentativa de suicídio	36. Outros acidentes
1. Alcool	1. Própria altura	1. Arma de fogo	1. Fogo	1. Sim	1. Alagamento
2. Drogas ilícitas	2. Outra altura/Aproximadamente: m	2. Arma branca	2. Fumaça	2. Não	2. Desencaminhado
3. Medicamentos		3. Agressão física	3. Têrmino (exceto fogo)	3. Não se aplica	3. Não sei
4. Outros		4. Abuso sexual	4. Choque elétrico	4. Não se aplica	4. Outros
		5. Outros			

37. Vias aéreas	38. Respiração	39. Circulação/pulso	40. Perímetro perférico	41. Escala de CINCINATI	42. Pupilas
1. Livre	1. Normal	1. Ausente	1. > 2. Desiguais	1. Déficit motor	1. Miose
2. Obstruída	2. Traqueopneia	2. Presente	2. < 2. Desiguais	2. Desvio da linha média	2. Midríase
	3. Bredpneia	3. Chalo	3. < 2. Desiguais	3. Dificuldade de fala	3. Heteroplasia
	4. Apnéia	4. Fino			4. Não reagentes
	5. Tórax com deformidades ou lesões				5. Isocóricas

43. Neurológico	44. Coloração da pele	45. Alergia	46. Uso medicamento	47. Qualquer	48. Qualquer
1. Normal	1. Normal	1. Sim	1. Sim	1. Sim	1. Sim
2. Sonolência	2. Pálido	2. Não	2. Não	2. Não	2. Não
3. Agitação	3. Cianose				
4. Coma	4. Hipermia				
5. Convulsão	5. Isotérico				

49. Abertura ocular (AO)	50. Resposta verbal	51. Resposta motora	52. Finais vitais - SSVV
1. Espontâneas (4)	1. Orientada (0)	1. Obedece a comandos (0)	HORA
2. À voz (3)	2. Confusa (4)	2. Localiza dor (5)	PA
3. À dor (2)	3. Palavras inapropriadas (3)	3. Movimento de retirada (4)	FC
4. Nenhuma (1)	4. Palavras incompletas (2)	4. Flexão anormal (3)	FR
	5. Nenhuma (1)	5. Extensão anormal (2)	TEMP
		6. Nenhuma (1)	HGT
			SpO2 %

TOTAL	SCORES	SCORES	SCORES
15			

53. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
Amputação								Esquerda	Direita
Contusão									
Escoriação									
Ematoma									
Perfurante									
Contusão									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Laceração									







# 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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04047

CONTA: 000001090903-1

---

Nr. da Autenticação 8FAB7B35DDB8EE35

155039

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Albenize Rodrigues da Silva

RG nº 4593699, data de expedição 10 / 09 / 2014, Órgão SSP

CPF nº 882752994-20, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro.

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Cap. Uswaldo Frutu</u>
Número	<u>899</u>
Apto / Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>Caja</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55813-550</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99984-3723</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina 25 de Julho de 2018

Assinatura do Declarante:

x Albenize Rodrigues da Silva

CONFERE COM  
O ORIGINAL



Tarifa Social de Energia Elétrica - 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, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 13.533.333/0001-08 | INSC. EST. 5005943-53 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ALGENIZE RODRIGUES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA CAP. OSWALDO FREIRE 666 A

CPF 683.763.964-30

CAIXA/CARPINA  
CARPINA PE  
55813-550

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
MONTASOLO

CONTA CONTRATO 4004920541  
MÊS/ANO 05/2018  
DATA DE VENCIMENTO 11/06/2018  
DATA PRÓXIMA PROXIMA LEITURA 13/06/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$) 65,57

Nº DA NOTA FISCAL 018458771  
SÉRIE ÚNICA  
EMISSÃO 14/05/2018  
APRESENTAÇÃO 14052018  
Nº DO CLIENTE 300333-870  
Nº DA REGISTRAÇÃO 751950

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				Y1
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo (kWh)	27,00000000	0,73086844	19,83	
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,51	
Contribuição Iluminação Pública			4,29	
ICMS Substituição - CDE Nº 008944467-130318			0,94	
TOTAL DA FATURA			65,57	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	A ADIAR	CONSUMO (KWH)
6074007	CAT	13/04/2018	12.888,38	14/05/2018	13.989,30	31	1.0000		62,08

ABSTRACTÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE SUBTÍTULO				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
MÊS/ANO	Q	BASE DE CÁLULO	%	VALOR DO IMPOSTO		Descrição	RS	VALOR	%
MAR/18	120	60,42	25,30	19,10		Geração de Energia	RS	19,25	29,36%
ABR/18	120	60,42	25,30	19,10		Transmissão	RS	2,33	3,55%
MAR/18	120	60,42	25,30	19,10		Distribuição (Cargos)	RS	12,55	19,29%
FEV/18	120	60,42	25,30	19,10		Perdas de Energia	RS	3,98	6,07%
JAN/18	120	60,42	25,30	19,10		Energia Setorial	RS	3,24	5,00%
DEZ/17	120	60,42	25,30	19,10		Impostos	RS	15,36	23,42%
NOV/17	120	60,42	25,30	19,10		Total	RS	65,42	100%
OUT/17	90	60,42	25,30	19,10					
SET/17	90	60,42	25,30	19,10					
AUG/17	90	60,42	25,30	19,10					
JUL/17	120	60,42	25,30	19,10					
JUN/17	120	60,42	25,30	19,10					
MAY/17	120	60,42	25,30	19,10					

A partir de 2014, a tarifa por unidade consumida é composta por: Tarifa de Energia (TE), Tarifa de Distribuição (TD), Tarifa de Transmissão (TT), Tarifa de Perdas (TP), Tarifa de Impostos (TI) e Tarifa de Serviços (TS). A tarifa de energia é a mais importante e representa a maior parte do valor da conta. A tarifa de distribuição representa a maior parte da tarifa de energia. A tarifa de transmissão representa a maior parte da tarifa de distribuição. A tarifa de perdas representa a maior parte da tarifa de transmissão. A tarifa de impostos representa a maior parte da tarifa de serviços. A tarifa de serviços representa a maior parte da tarifa de impostos.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 466/2010, de 16/04/2010) e as condições de atendimento ao cliente (Resolução ANEEL nº 466/2010, de 16/04/2010) estão disponíveis no site da Celpo Neoenergia.

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INSTALAÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL (V)	FREQUÊNCIA (Hz)	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	
220	60	210	230	220	210	230	





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

**INFORMAÇÕES 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sabrina Puxella de Lima Rego de Mendonça inscrito (a) no CPF/CNPJ 102 319 104 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Albenize Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 882 752 994 / 20 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Albenize Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 882 752 994 / 20 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 3 de Maio</u>		Número <u>72</u>	Complemento
Bairro <u>Flaustinha</u>	Cidade <u>Carpina</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55817-120</u>
Email <u>sabunapuxella@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 99984-3723</u>

Carpina 25 de Julho de 2018  
Local e Data

Sabrina Puxella de Lima Rego de Mendonça  
Assinatura do Declarante

CONFERE COM  
O ORIGINAL



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

**INFORMAÇÕES 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sabrina Puxella de Lima Rego de Mendonça inscrito (a) no CPF/CNPJ 102.319.104 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Albenize Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 882.752.994 / 20 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Albenize Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 882.752.994 / 20 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 3 de Maio</u>		Número <u>72</u>	Complemento
Bairro <u>Flaustinha</u>	Cidade <u>Carpina</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55817-120</u>
Email <u>sabunapuxella@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81.99984-3723</u>

Carpina 25 de Julho de 2018  
Local e Data

Sabrina Puxella de Lima Rego de Mendonça  
Assinatura do Declarante

CONFERE COM  
O ORIGINAL

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Análise Rodrigues da Silva

RG nº 3.380.728, data de expedição 02/06/2016

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 594.044.184-04, com domicílio na cidade de Carpina, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Dr. Assis Chateaubriand, nº 359,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Alkenize Rodrigues da Silva, cujo o condutor era

Alkenize Rodrigues da Silva.

Veículo: MOTO

Modelo: ICHARMING BRAVAX BX50 CC

Ano: 2013

Placa: PEA 0102

Chassi: LTEXCBOE1002623

Data do Acidente: 11.04.2018

Local e Data: CARPINA, 06.06.18

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Análise Rodrigues da Silva  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO 2º Ofício BARROS E SILVA - PRATICO DE PROTESTO E NOTAS | Bel. Mário Barros e Silva

Av. Costa Lima, 80 - Carpiná - Pernambuco - Fone: (81) 3271-0208 - E-mail: cartorio2o@barrosesilva.com.br

Reconheço, Autenticidade a firma: ANALICE RODRIGUES DA SILVA,  
lançada em minha presença dou fé. CARPINA/PE 06/06/2018

15:40:54. Empl:3,99; TSMR: 0,80; FERC:0,40; Total: 4,79. Selo

nº 0074955.GMT04201801.03898. Consulte autenticidade em

[www.tpe.jus.br/selodigital](http://www.tpe.jus.br/selodigital). ALBERTINA BARBOSA DE OLIVEIRA

NOMES, SUBSTITUTA.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARPINA  
UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND

Ficha de Atendimento

08:43h

Data: 11/04/18 Registro: 109.662 Cor: \_\_\_\_\_  
Nome: Alceniza Rodrigues da Silva  
Data de nascimento: 11/03/72 Idade: 46 sexo: F naturalidade: Carpina

Endereço: R. Amis Chateaubriand

359 Bairro: St. Antonio Cep: Carpina

Responsável:

Dados Clínicos: PA: 110/80 Mmhg, Temp. \_\_\_\_\_ C°, R: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO: paciente em tratamento com insulina  
paciente em tratamento com insulina  
paciente em tratamento com insulina

Exatidão e Avaliação:

Hipótese Diagnóstica: DM2 CID: \_\_\_\_\_

Prescrição Médica: insulina

Exatidão e Avaliação de Enfermagem:

Assinatura do médico e enfermeiro

Dr. (a) **RENATA LEAL DE FARIAS**

Nome do Paciente: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Registro: 0678906 Prontuário: 000197140

Convênio: BRADESCO/EMP/PEB/FLEX/NAC/ENF Matrícula: 774457052329008

Data de Nascimento: 11/03/1972 Idade: 46 anos

Sexo: Masculino Tipo de Paciente: Urgência

Profissão:

Data de Entrada: 11/04/2018 Hora de Entrada: 11:08

### Ficha de Atendimento Médico

**HDA:** PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NEGA DESMAIO VOMITO REFERE DOR EM MÍD BACIA E TORAX

VEM DE OUTRA UNIDADE COM RX DE MA QUALIDADE FRATURA OSSOS PERNA DIR

**EXAME:** EGB CORADA EUPNEICA CONSCIENTE ORIENTADA FERIMENTO PUNTIFORME REGIAO ANTERIOR PERNA DIR DOR A PALPAÇÃO E EDEMA E EQUIMOSE EM PE DIR DOR A PALPAÇÃO HEMITORAX DIR E BACIA SEM DISPNEIA

**RADIOGRAFIAS:** PERNA  
TORNOZELO  
BACIA  
TORAX 2 INCIDENCIAS  
PE PODODACTILOS

**LAUDO:** RXS BACIA E TORAX SEM ALETARCOES  
RX PERNA TORNOZELO PE FRATURA OSSOS PERNA E FRATURA SEM DESVIO EM PE METATARSO

**DIAGNOSTICO:** FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNA TTO CIRURGICO  
FRATURA PE

**PROCEDIMENTO:** CURATIVO COM RIFOCINA  
TALA COXO PODALICA (GESSADA)  
LAVEI FRATURA COM 1000ML SF0.9%

**MEDICAÇÃO:**

**EVOLUÇÃO E/OU REAVALIAÇÃO:** CEFALOTINA 2G + AD EV AGORA (PROTOCOLO FRATURA EXPOSTA)  
PROFENID 01 AMP + AD AGORA  
CONTACTADO DR GUTEMBERG SOBREAVISO QUE OPERARA A PACIENTE EM CARATER DE EMERGENCIA

**DATA ALTA (REPOUSO):** \_\_/\_\_/\_\_  
**CID:** FRAT MEMBRO INFER NIVEL NE - T12

Dr.(a) **RENATA LEAL DE FARIAS**  
CRM 16917-PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo  
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Paim  
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta  
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo  
Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. Julio Lima e Dr. Elias Paim  
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra  
Cirurgia de mão: Drª Sandra Andrade e Drª Renata Leal  
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Emergência 24h  
Cirurgias  
Internamentos  
Consultas com hora marcada  
Marcação de Consulta: (81) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Fernandes Vieira, 644  
Boa Vista (Parque Amorim) Recife-PE  
Fone: (081) 3420-2399 Fax: (81) 3420-2621  
E-mail: clinicafraturas@veloxmail.com.br

Dr. (a) **GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ**  
Nome do Paciente : ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA  
Registro : 0680177    Prontuário : 000197140  
Convênio: BRADESCO/EMP/PER/FLEX/NAC/ENF    Matrícula 774457052329008  
Data de Nascimento : 11/03/1972    Idade: 46 anos  
Sexo: Masculino    Tipo de Paciente: Urgência  
Profissão:  
Data de Entrada: 18/04/2018    Hora de Entrada: 14:27

### Ficha de Atendimento Médico

HDA : ACIDENTE HÁ CERCA DE 1 SEMANA  
COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

EXAME : FERIDA LIMPA COM HEMATOMAS

RADIOGRAFIAS :

LAUDO :

DIAGNOSTICO : FRATURA DE TIBIA DIREITA

PROCEDIMENTO : CONSULTA  
CURATIVO DE EXTREMIDADES

MEDICAÇÃO :

EVOLUÇÃO E/OU REAVALIAÇÃO : ORIENTAÇÃO

DATA ALTA (REPOUSO) :    /    /   

CID : FRAT PERNA NE - S828

Dr. (a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ  
CRM 13281-PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo  
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Paim  
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta  
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo  
Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. Julio Lima e Dr. Elias Paim  
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra  
Cirurgia de mão: Drª Sandra Andrade e Drª Renata Leal  
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Emergência 24h  
Cirurgias  
Internamentos  
Consultas com hora marcada  
Vacinação de Consultas: (81) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Fernandes Vieira, 644  
Boa Vista (Parque Amorim) Recife PE  
Fone (081) 3423-2359 Fax (81) 3423-2621  
E-mail: clinicafraturas@yahoo.com.br

Dr. (a) **GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ**  
Nome do Paciente: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA  
Registro: 0681000 - Prontuário: 000197140  
Convênio: BRADESCO/EMP/PER/FLEX/NAC/ENF - Matrícula 774457052329008  
Data de Nascimento: 11/03/1972 - Idade: 46 anos  
Sexo: Masculino - Tipo de Paciente: Urgência  
Profissão:  
Data de Entrada: 24/04/2018 - Hora de Entrada: 14:02

### Ficha de Atendimento Médico

HDA: TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DE PERNA HÁ 14 DIAS

EXAME: FERIDA LIMPA

RADIOGRAFIAS:

LAUDO:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PERNA ESQUERDA

PROCEDIMENTO: CONSULTA  
CURATIVO DE EXTREMIDADES

MEDICAÇÃO:

EVOLUÇÃO E/OU REAVALIAÇÃO: RETIRADO PONTOS  
INICIAR FISIOTERAPIA

DATA ALTA (REPOUSO):    /    /     
CID: FRAT PERNA NE - S828

Dr. (a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ  
CRM 13281-PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo  
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Paim  
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta  
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo  
Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. Julio Lima e Dr. Elias Paim  
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra  
Cirurgia de mão: Drª Sandra Andrade e Drª Renata Leal  
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Emergência 24h  
Cirurgias  
Internamentos  
Consultas com hora marcada  
Marcação de Consulta: (81) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Fernandes Vieira, 644  
Boa Vista (Parque Amom) Recife PE  
Fone (81) 3423-2399 Fax (81) 3423-2621  
E-mail: clinicafraturas@veloxmail.com.br



Dr. (a) **GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ**  
Nome do Paciente: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA  
Registro: 0685485    Prostatário: 000197140  
Convênio: BRADESCO/EMP/PER/FLEX/NAC ENF    Matrícula: 774457052329008  
Data de Nascimento: 11/03/1972    Idade: 46 anos  
Sexo: Masculino    Tipo de Paciente: Urgência  
Profissão:  
Data de Entrada: 22/05/2018    Hora de Entrada: 13:31

### Ficha de Atendimento Médico

HDA: TRATAMENTO DE FRATURA DE PERNA DIREITA COM HASTE HÁ CERCA DE 1 MES

EXAME: SEM EDEMAS  
SEM INFECÇÃO

RADIOGRAFIAS: PERNA

LAUDO: RAIOS X COM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO

DIAGNOSTICO: FRATURA DE PERNA DIREITA

PROCEDIMENTO: CONSULTA

MEDICAÇÃO:

EVOLUÇÃO E/OU REAVALIAÇÃO: FISIOTERAPIA

DATA ALTA (REPOUSO):    /    /    -    -     
CID: FRAT PERNA NE - S828

Dr. (a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ  
CRM 13281-PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo  
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Palm  
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta  
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo

Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. Julio Lima e Dr. Elias Palm  
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra  
Cirurgia de mão: Drª Sandra Andrade e Drª Renata Leal  
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Emergência 24h

Cirurgias

Internamentos

Consultas com hora marcada

Marcação de Consulta: (81) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Fernandes Vieira, 644  
600 Vista (Parque Amorim) Recife PE  
Fone (081) 3423-2399 Fax (81) 3423-2621  
E-mail: clinicafraturas@veloxmail.com.br

Dr. (a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ

ATESTADO MEDICO

Nome do Paciente ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA  
Registro 0680177

Recife 18 de Abril de 2018

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA  
ESTEVE NESTA CLINICA EM CONSULTA MEDICA,DEVENDO A PARTIR  
DO DIA 18/04/2018 AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS  
E/OU ESCOLARES POR UM PERIODO DE 90 DIA(S).  
C.I.D. S 82.8

Dr.(a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ  
CRM 13281-PE

*Dr. Gutemberg A. C. Cruz*  
*Ortopedia / Traumatologia*  
*CRM 13281*  
*RODT 11040*

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo  
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Paim  
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta  
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo  
Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas /

Ortopedia pediátrica: Drª Eliane Brito e Dr. Elias Paim  
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra  
Cirurgia de mão: Drª Sandra Andrade e Drª Renata Leal  
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos  
Artroscopia / Microcirurgia

Emergência 24h  
Cirurgias  
Internamentos  
Consultas com hora marcada  
Marcação de Consulta: (01) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Fernandes Vieira, 644  
Boa Vista (Parque Amorim) Recife PE  
Fone (081) 3423-2399 Fax (01) 3423-2621  
E-mail: clinicafraturas@veloxmail.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALDENEXX RODRIGUES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

4593699 SSP PE

CPF

882.752.994-20

CAT. NASCIMENTO

11/07/1972

PLACAR

ARNALDO JOSE DA SILVA

DIJANDIRA RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO

VEICULO

ACC

VEICULO

CAT. HSB

AB

Nº REGISTRO

03654478594

VÁLIDE

09/09/2019

1ª HABILITAÇÃO

05/08/2005

Observações

sem observações

ALDENEXX RODRIGUES DA SILVA

LOCAL

CARPENA - PE

SIGNATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO

10/08/2014

SIGNATURA DO EMISSOR

14688861735

PR061683831

966570092

966570092

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 014204870373

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 1 1072875940 - RNTTC - EXERCÍCIO 2013

NOME ANALICE RODRIGUES DA SILVA

CARBINA-EE 0

CPF / CNPJ 594.049.754-04

PLACA ANT / UF 594-04

CHASSI 14EXC0150E1002623

ESPECIE TIPO 592 / CICLOMOTOR

MARCA / MODELO I / CHARMING BRAVAX SX50C

CAP / POT / CL 22 / 48 CL

CATEGORIA PARTIC

ANO FAB 2013

ANO MOD. 2014

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1º

VENO. COTA ÚNICA 1º

VENO. COTAS 1º

PAVALIPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS 2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 5300

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL

DATA

DETRAN

CONTRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

MULTAS DE TRANSITO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

ENCARGOS DO DETRAN

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CARPINA 18 DE OUTUBRO DE 2018

A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS SEGURO DPVAT

SETOR ADMINISTRATIVO

VITIMA: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

SINISTRO: 3180/376535

Venho por meio solicitar a esta Seguradora a reanalise do meu processo, cobertura Invalidez, visto que devido a minha fratura e mesmo após a fisioterapia sinto dificuldades, que não fui avaliada por nenhum medico desta seguradora, peço então que liberem minha pericia medica, para que possa ser constatada minha debilidade, caso não obtenha sucesso buscarei meus direitos judicialmente.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

Atenciosamente,



ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

CPF. 882.752.994-20

FONE: (81) 99984-3723/ (81) 99209-8154

ATESTADO MÉDICO

Nome do Paciente ALSENIZE RODRIGUES DA SILVA  
Registro 2683177

Recife 18 de Abril de 2015

ATESTO PARA OS DEVIDOS FALS QUE O PACIENTE ALSENIZE RODRIGUES DA SILVA  
ESTEVE NESTA CLÍNICA EM CONSULTA MÉDICA DE VENCIMENTO PARTIR  
DO DIA 18/04/2015 AFASTAM-SE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS,  
LÍQUID ESCOLARES, POR UM PERÍODO DE 30 DIAS,  
C.O.D. 582.6

Dr(a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA  
CRM 13281-PE

  
Dr. Gutemberg A. C. Cruz  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 13281  
RDC 110.00

Clínica de Coluna Vertebral: Dr. Paulo Melo  
Clínica do pé e tornozelo: Dr. Elias Paiva  
Clínica do Quadril: Dr. José Leão, Jurema e Dr. Jorge Amato  
Clínica do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo  
Clínica especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas

Clínica de pé e tornozelo: Dr. Eliane Siqueira da Silva  
Clínica do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra  
Clínica de mão: Dr. Sandra Andrade e Dr. Renata Leão  
Traumatologia / Clínica de mão: Dr. Gabriel Campos  
Artroscopia / Microcirurgia

Emergência 24h  
Clínica  
Atendimento  
Consultas com fisioterapia  
Atuação de Cirurgiã: 211-2277344 / 3217-2451

Endereço: Rua 201, V. 100, 142  
Rua 201, Parque Anchieta, Recife PE  
Fone: (81) 24230233 Fax: (81) 24230232  
E-mail: dr.gutemberg@hfraturas.com.br

Dr. 148 RENATA LEAL DE FARIAS  
Nome do Paciente ALBENIR RODRIGUES DA SILVA  
Região: 007846 Produção: 000197140  
Convênio: ADADUSCO-EMP/ERR/1-EX-NAC/ENF. Matrícula: 774457082329008  
Data de Nascimento: 11/03/1972 Idade: 45 anos  
Sexo: Masculino Hospital: Hospital de Fraturas  
Profissão:  
Data de Entrada: 11/04/2018 Hora de Entrada: 14h

## Ficha de Atendimento Médico

HDA: PACIENTE TRAZIDA PELA SOMBIA VINDA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VEICULO PARADO VOMITO REFERE DOR EM M.D. BACIA E TORAX  
VEM DE OUTRA UNIDADE COM RX DE M.D. BACIA E FRATURA OSSOS PERNA DIR.

EXAME: ECB CORADA E JIPNOCA UNCONSCIENTE ORIENTADA E MOVIMENTO PLANTAR E REGAO ANTERIOR PERNA DIR.  
DOR A PALPAÇÃO E EDMA E EQUIMOSE EM PE DIR.  
DOR A PALPAÇÃO HEMITORAX DIR E BACIA.  
SEM DISPNEIA.

RADIOGRAFIAS: PERNA  
TORNOZELO PE  
BACIA  
TORAX 2 INCIDÊNCIAS  
PE RODODACTILOS

LAUDO: RXS BACIA E TORAX SEM ALTERAÇÕES.  
RX PERNA TORNOZELO PE: FRATURA OSSOS PERNA E FRATURA SEM DESVIO TM PE METATARSO.

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNA E TO CIRURGICO  
FRATURA PE

PROCEDIMENTO: CURA TIPO C/ESTRUTURAÇÃO  
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO  
LAUDO: FRATURA COM TENDÃO RTO 25%

MEDICAÇÃO:

EVOLUÇÃO E/OU REAVALIAÇÃO: CEFALUTINA 2G+ AD EV AGORA (PROTOCOLO FRATURA EXPOSTA)  
PROFENO 50 AMP + AD AGORA  
CONTATADO DR GUTENHEIM ROSSI ALMO QUE OPERARA A PACIENTE EM SATURADOR DE EMERGENCIA

DATA ALTA (REPOUSO):  
CID: FRAT MEMBR (AFER NIVEL T12)

Dr. (a) RENATA LEAL DE FARIAS  
CRM 169177 PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Vitor  
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Ram  
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Amato  
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Hugo Justo  
Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das Fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. João Lima e Dr. Elias Ram  
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra  
Cirurgia de Mão: Dr. Sandro Andrade e Dr. Renato Leal  
Traumatologia / Cirurgia de Mão: Dr. Gabriel Camargo

Emergência: 24h  
Dr. 148  
Endereço:  
Rua: Avenida da Liberdade  
Telefone: (11) 3031-1111 / 3031-1112

Rodolfo Fernandes Vitor 148  
Rua: Rua Pádua Antonio Pereira  
Fone: (11) 3031-1111 / 3031-1112  
E-mail: hospital@hospitaldefraturas.com.br

1. Hora do chamado	2. Chegada no local	3. Saída do local	4. Hora do atendimento	5. Selo do hospital
6. Motivo da ocorrência	7. Tipo de residência	8. Tipo de atendimento	9. Origem do atendimento	10. Meio de transporte
11. Paciente	12. Data de nascimento	13. Solteiro	14. Sexo	15. Idade
16. Local de ocorrência	17. Logradouro	18. Bairro	19. Município	20. Estado
21. Tipo de acidente	22. Meio de locomoção da vítima	23. Mecanismo do acidente	24. Tipo de intervenção	25. Tipo de atendimento
26. Natureza do acidente	27. Meio de locomoção da vítima	28. Mecanismo do acidente	29. Tipo de intervenção	30. Tipo de atendimento
31. Tipo de acidente	32. Meio de locomoção da vítima	33. Mecanismo do acidente	34. Tipo de intervenção	35. Tipo de atendimento
36. Tipo de acidente	37. Meio de locomoção da vítima	38. Mecanismo do acidente	39. Tipo de intervenção	40. Tipo de atendimento
41. Tipo de acidente	42. Meio de locomoção da vítima	43. Mecanismo do acidente	44. Tipo de intervenção	45. Tipo de atendimento
46. Tipo de acidente	47. Meio de locomoção da vítima	48. Mecanismo do acidente	49. Tipo de intervenção	50. Tipo de atendimento
51. Tipo de acidente	52. Meio de locomoção da vítima	53. Mecanismo do acidente	54. Tipo de intervenção	55. Tipo de atendimento
56. Tipo de acidente	57. Meio de locomoção da vítima	58. Mecanismo do acidente	59. Tipo de intervenção	60. Tipo de atendimento
61. Tipo de acidente	62. Meio de locomoção da vítima	63. Mecanismo do acidente	64. Tipo de intervenção	65. Tipo de atendimento
66. Tipo de acidente	67. Meio de locomoção da vítima	68. Mecanismo do acidente	69. Tipo de intervenção	70. Tipo de atendimento
71. Tipo de acidente	72. Meio de locomoção da vítima	73. Mecanismo do acidente	74. Tipo de intervenção	75. Tipo de atendimento
76. Tipo de acidente	77. Meio de locomoção da vítima	78. Mecanismo do acidente	79. Tipo de intervenção	80. Tipo de atendimento
81. Tipo de acidente	82. Meio de locomoção da vítima	83. Mecanismo do acidente	84. Tipo de intervenção	85. Tipo de atendimento
86. Tipo de acidente	87. Meio de locomoção da vítima	88. Mecanismo do acidente	89. Tipo de intervenção	90. Tipo de atendimento
91. Tipo de acidente	92. Meio de locomoção da vítima	93. Mecanismo do acidente	94. Tipo de intervenção	95. Tipo de atendimento
96. Tipo de acidente	97. Meio de locomoção da vítima	98. Mecanismo do acidente	99. Tipo de intervenção	100. Tipo de atendimento

51. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tronco	Membros	Extremidades	Outros
Amputação								
Contusão								
Escoriação								
Entorseção								
Fratura fechada								
Fratura aberta								
Laceração								



55. Condula

- ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização da prancha
- ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. MIO
- ☐ 5. Oxigenoterapia

56. Unidade de destino

57. Máscara que recebeu

58. Equipe

Médico assistente

Enfermeiro

Técnico de enfermagem

Condutor/Pronto

Responsável pelo atendimento

- Realizar apoio técnico ☐ 1. Sim ☒ 2. Não

Observações

- Reintencionalização ☒ 1. Sim ☐ 2. Não

Causa

Destino

Outros procedimentos realizados no local de destino

59. Cancelamento da condula

- ☐ 1. Pelo médico responsável ☐ 2. Pelo solicitante
- ☐ 3. Pelo paciente ☐ 4. Por condula de risco para a equipe

60. EXCELENCIA DE RESPONSABILIDADE

O solicitante declara que o paciente recebeu atendimento adequado contra o qual não há reclamação.

Assinatura

Assinatura

RG

Data

61. Motivos para: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não

Nº de vítimas

Causa

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Albenize Rodrigues da Silva  
brasileiro(a), estado civil casada, profissão vendedora  
residente e domiciliado à Rua Av. Capitão Osvaldo Frikel  
Nº 8994, Bairro Cajá Município de Carpina  
estado de PE CEP 55813-000 portador(a) do RG Nº  
4593699 e CPF Nº 882752994-20

OUTORGADO: Sabrina Priscilla Gomes de Lima Rezende Heráclio, brasileira, solteira, profissão  
me recuso, residente e domiciliado na Rua Ipê Amarelo nº72, Bairro de Florestinha, município  
de Carpina, Estado de Pernambuco, CEP 55817-120, portador do RG. 7.852.057 SDS/PE e CPF Nº  
102.319.104-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) seu  
bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do  
Consortio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)  
Sr(a) \_\_\_\_\_  
ocorrido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ conforme registrado em BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,  
podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de  
pagamento/ crédito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da  
indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que  
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel  
cumprimento do presente mandato.

Carpina, 06 de Junho de 20 18.

Albenize Rodrigues da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº \_\_\_\_\_

CONFERE COM  
O ORIGINAL

CARTÓRIO 2º Ofício Barros e Silva - PRIVATIVO DE PROTESTO E NOTAS | Del. Mário Barros e Silva

Av. João Cab. N.º 1000, 101 - Carpina - Pernambuco - Fone: (081) 3621-0281 - E-mail: cartorio2o@brasil.com.br

Reconheço, autenticidade a firma: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA,

lançada em minha presença dou fé. CARPINA/PE 06/06/2018

15:40:54. Ecol:3,99; TSNR: 0,80; FEEC:0,40; Total: 4,79. Selo

nº 0074955.IPH04201001.03899. Consulte autenticidade em

www.tipe.jus.br/selodigital. ALMERINDA BARROZA DE OLIVEIRA

NOVAS, SUBSTITUTA.

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394735/18

**Vítima:** ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 882.752.994-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/04/2018

**Titular do CPF:** ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO : 102.319.104-01

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

### ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA : 882.752.994-20

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 29/10/2018  
Nome: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO  
CPF: 102.319.104-01

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

\_\_\_\_\_  
INA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

\_\_\_\_\_  
VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR