

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato ou AGL: _____ 3 - CPF da vítima: 099.577.264-98 4 - Nome completo da vítima: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO 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: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA 6 - CPF: 099.577.264-98
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: 51 MILHÃES 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERTENTES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55770-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 819.4661.3907

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 4637 CONTA: 17.109 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, o que eu li, tive 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.

Soluto o prosseguimento na 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 ordens da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Graude 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 irmãos/irmãs? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos/irmãs? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

31

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): _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: VERTENTES, 18/06/2020

Jose Webster do Nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 08/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04637-X

CONTA: 000000017109-3

Nr. da Autenticação 9E55871E20A27332

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.836.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica
COMER
Atendimento ao deficiente auditivo

Agência de Regulação dos Serviços Públicos
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação
Agência Nacional
167-Ligação Gratuita

DADOS DO CLIENTE

JOSE MANUEL PERREIRA DA SILVA

CPF: 313.582.714-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI MILHAES 21

SITIO MILHAES/VERTENTES RURAL
55770-000 VERTENTES PE

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

DATA DE VENCIMENTO

18/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

65,97

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

10/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

111890493

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6C9D.C063.EFC3.1000.17CD.07C5.D353.CE

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	76,00	0,42901509	32,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	75,00	0,36081955	27,06
Contrib. Num. Pública Municipal			2,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 103953960-13/04/20			0,40
Multa por atraso-NF 100109850 - 11/03/20			1,27
Juros por atraso-NF 100109850 - 11/03/20			1,22
Atualização IGPM-NF 100109850 - 11/03/20			1,08
TOTAL DA FATURA			65,97

EM ATÉ 18 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	De Receb.	%
20/06/20	18/06/20	25
20/06/20	13/06/20	54

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento de energia ocorrer, o cancelamento do contrato de fornecimento, bem como inclusão nos registros de restrição

Tarifas Aplicadas

HIS

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29638060	JUN 20 III
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	MAI 20 III

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	Rel	%
Geração de Energia	18,84	31,47
Transmissão	2,17	3,66
Distribuição (Celpe)	13,16	22,22
Energias Setais	3,39	5,22
Tributos	13,02	20,42
Perdas de Energia	4,15	7,01
TOTAL	55,23	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
59,23	25,00	14,80	59,23	0,97	0,67	59,23	4,48	2,65

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO VENDEDOR	TIPO DA FIDUCIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NF DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

000000003160356876 CAT 13/05/2020 4.123,00 10/06/2020 4.198,00 28 1,06400 0,00 75,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS

INDICADOR	CONSUMO	V AP
DIC-Nº de horas sem Energia		0,00
RC-Nº de vezes sem Energia		0,00
DIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico		
EUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$	22,37	

Tudo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores D

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você, ag correio, loja de freitas, rua professor Luiz Carlos Centro / osmar pereira silva: r sao jose controlista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.489/13.

NÍVEL

TENSÃO NOMINAL(V)



CELPE

Tribuna Social de Energia Elétrica - Criado pela Lei 10.438, de 26/04/03

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE CEP 51060-802
CNPJ 06.955.502/0001-08; Insc. Est. 000599-00; www.celpe.com.br

PARTES DO CLIENTE

ENDEREÇO DE ENTREGA DE ENERGIA

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA 3711

CPF: 845.124.444-00

CENTRO CURI-BIM

024529508030

SUR-BIMPE

R: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORNING

55790-000

001283803

01/CA

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

070103020

001100000

070103020

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA N. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 104 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE WERSTER DO NASCIMENTO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.577.264/98, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE WERSTER DO NASCIMENTO SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.577.264/98, 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 João Batista</u>		Número <u>320</u>	Complemento <u>CEJA</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Serubim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81.99700.1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81.99161-3907</u>

Serubim, 18 de Junho de 2020
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. José Webster Nascimento**, nascido 02 de dezembro 2001, deu entrada neste hospital no dia 02 de junho de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°9548 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital da Restauração /Recife Sob Senha 5697193.

Taquaritinga do Norte, 24 de julho de 2019.



Sebastião J. A. Pinho
Presidente Fundata
H&AT 000602

JOSE WEBSTER MAX. HENRIQUE

01.11.01

transido 1986 91 19

Respons. Vel: Lda. Ref. 12. 1986
transido

ALBUQUERQUE 10.00.00

10.00.00

Res. Sofren. 2.ª ordem de trabalho com 1.ª ordem
Sofren. 2.ª ordem de trabalho com 1.ª ordem

1.ª ordem de trabalho

2.ª ordem de trabalho

3.ª ordem de trabalho

4.ª ordem de trabalho / 1.ª ordem de trabalho

Saindo as = 1.ª ordem de trabalho

FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA: HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Jose Wilson A. Augusto

Endereço: Rua do ... (0689-45)
Bairro: ...

Exame físico: ...
... que ...
... ferimento ...

Exame de ... (foto)
... de ...

Exame de ... 06/05/14

Exame de ... 01/06

Exame de ... 02/06

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14

Exame de ... 02/06/14



Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **José Webster do Nascimento Silva**, esteve interno nesta unidade de saúde no período do dia **02/06/2019** a **02/06/2019** Registro Hospitalar: **339589**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 28 de Agosto, 2019

09.794.975/0269-271

FUSAM - Hospital Regional do Agreste
Br. 232 - Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE.

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

EMERGENCIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome: JOSE WESLEY DO NASCIMENTO SILVA

Identificacao: 314176

Endereço: 235189

Data Nasc: 12/12/2001

Idade: 18

Sexo: MASCULINO

Crg: PARO

Religiao

CPS: 33 55 4831

CMS: 00618106053

Endereço: S RUA GUANER

SPLO

Bairro: ZIL & RUA

Cidade: VERTEPENTES

Estado: PE

CEP: 55770000

Zel: 097488935

Professao: COSFUREIRO

Nome da Mãe: ERNESTINA MARIA DO NASCIMENTO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: AT DOM AUTOMOC

Clínica: CRIE MIA TRAUMATOLOGIA

1. ATRIBUICAO: Data: 12/12/2001

Motivo: AT DOM AUTOMOC

Causa Principal: NE

Exame físico:

PA

FC

PR

diag. Principal:

Prescrição:

Outro:

etc

etc

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo: *Classificação de texto - Protocolo*

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

data e hora: retransmissão da sessão 0206 2014 178

Nome Paciente	JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO OLIVEIRA
Cod. Paciente	433440
Data de Nascimento	02/12/2001
Sexo	Masculino
Idade	17
Serviço	MOBIL
Compart.	ANALIS - AMPLIADOR Q
Atendimento	512.106
GAME	110830

Periodo: 02/06/2019 14:36 - 02/06/2019 14:36

SYDANIA DE SIQUEIRA PRADO - COREN 41527 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICADO(A)

Language: English Native

005

Gravidade: PACIENTE com HIA DE ACIDENTE MOTORCICLISTICO APRESENTANDO DOR FULMINANTE EM JOELHO

9K02P170000 18044 4250 64

Gibson 6440 3F4-15-1187

Força e uma simpatia. SE FOR TAMBÉM NOS MEMBROS

Original address: + (MEXICO) 5-372

SECRET - KOREA

Expenditure: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acadêmicos: GILJA MARIA G. NOBRE & PRATA, DOREN. 1997. FUNÇÃO EXPERIMENTAL

Waldspresso 02/08/2013 14:26

Atividade 4: Acordar uma com Classificação de K5

பித்தாபிஷேகம்

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EMERGENCIA

Nome do Paciente

Termo de Responsabilidade do Médico

Paciente e Família

Responsabilizo-me pela informação prestada, paciente e seus familiares, bem como tendo recebido conhecimento sobre os dados e consequências que esse ato possa acarretar.

Assinatura

Carimbo

Data

Assinatura

Assinatura de Procedimento

Paciente

Família

Assinatura

Carimbo

Data

Assinatura

Assinatura

Assinatura de Transferência

Assinatura

Carimbo

Data

Assinatura

Assinatura de Transferência

Assinatura de Transferência

Assinatura de Transferência

Assinatura

Carimbo

Data

Assinatura

Assinatura

Carimbo

Data

Assinatura

Assinatura de Transferência

Assinatura de Transferência

Assinatura de Transferência



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

1435595

Data e hora do Atendimento
02/06/2019 20:16

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual

Nº. Profissional: 1680699 Paciente: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA Sexo: Masculino
Data de nascimento: 02/12/2001 Idade: 17a 5m 30d Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: RITA CASSIA PEREIRA DA SILVA
DOC ID (Data expedição): 8714834 / 03-Fev-09 Mãe: ERUNDINA MARIA DO NASCIMENTO
Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA Cartão SUS: 700303536160853
Endereço: SÍTIO MILHAES Telefone: 997486916
Bairro: ZONA RURAL Complemento:
Cidade: VERTENTES UF: PE
Ocupações:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Informações do Serviço Social

Confirmação de nome: Fones: Assessoria Social:
Confirmação de endereço:
Procedência: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Recada de Apoio ☐ GRCA ☐ Cons. Turbil ☐ Direção ☐ Minist. Público ☐
Outros: ☐
Observação: Assessoria Social:

História Clínica

Atendimento Médico
Prévia de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Encefalopático: Sim ☐ Não ☐ Assessoria de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Episódio de trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Transporte realizado por:
Intubação de Serviço: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Atoria:
Condição de mobilização adquirida: Sim ☐ Não ☐ Por Queda?

Exame Físico:

em Leito: Via aérea sem obstrução: Sim ☐ Não ☐ Discrepância: Sim ☐ Não ☐ Tempo:

H. Respiratório: SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

C. Circulatório: 10/06/2019 20:16

MEDICO: [Assinatura]

EXAME: [Assinatura]

CONTINUA: ML

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Silvia

Registro Nº:

Clinica:

Enfermagem:

Exame Transperitoneal

Exame, realizado
17 dias com resultados

relatando a presença de
sangue e fezes no líquido

com presença de pórcos
de coagulação no men-
to do líquido e

presença de coágulo
caso de (500ml) em

serum e urina.

Aparente fratura
na clavícula e na

distal do braço (36 dias)
curado com 2 pontos
de sutura.

Data:

Méico - CRM

O primeiro Digito é uma passagem para o vício
Eliete Monteiro da Souza

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 02/06/2019 20:07

Nome Paciente	JOSE VESPER DO NASCIMENTO SILVA
Cod. Paciente	
Data de Nascimento	12/12/2001
Sexo	Masculino
Idade	17
Senha	700301
Convênio	
Atendimento	
SAME	

02/06/2019 20:10 - 02/06/2019 20:11

MONICA GONCALVES FERREIRA - COREN: 354958 - ENFERMEIRO(A)

Atividade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NA RHS, ESTAVA SEM O SINAL DE SEGURANCA ISOLADO DO VEICULO, RELATO DE PERDA DE CONSCIENCIA, REFERE TONTURA

Observação: HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE
SENHA 669733

Exatidão da Sinais: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

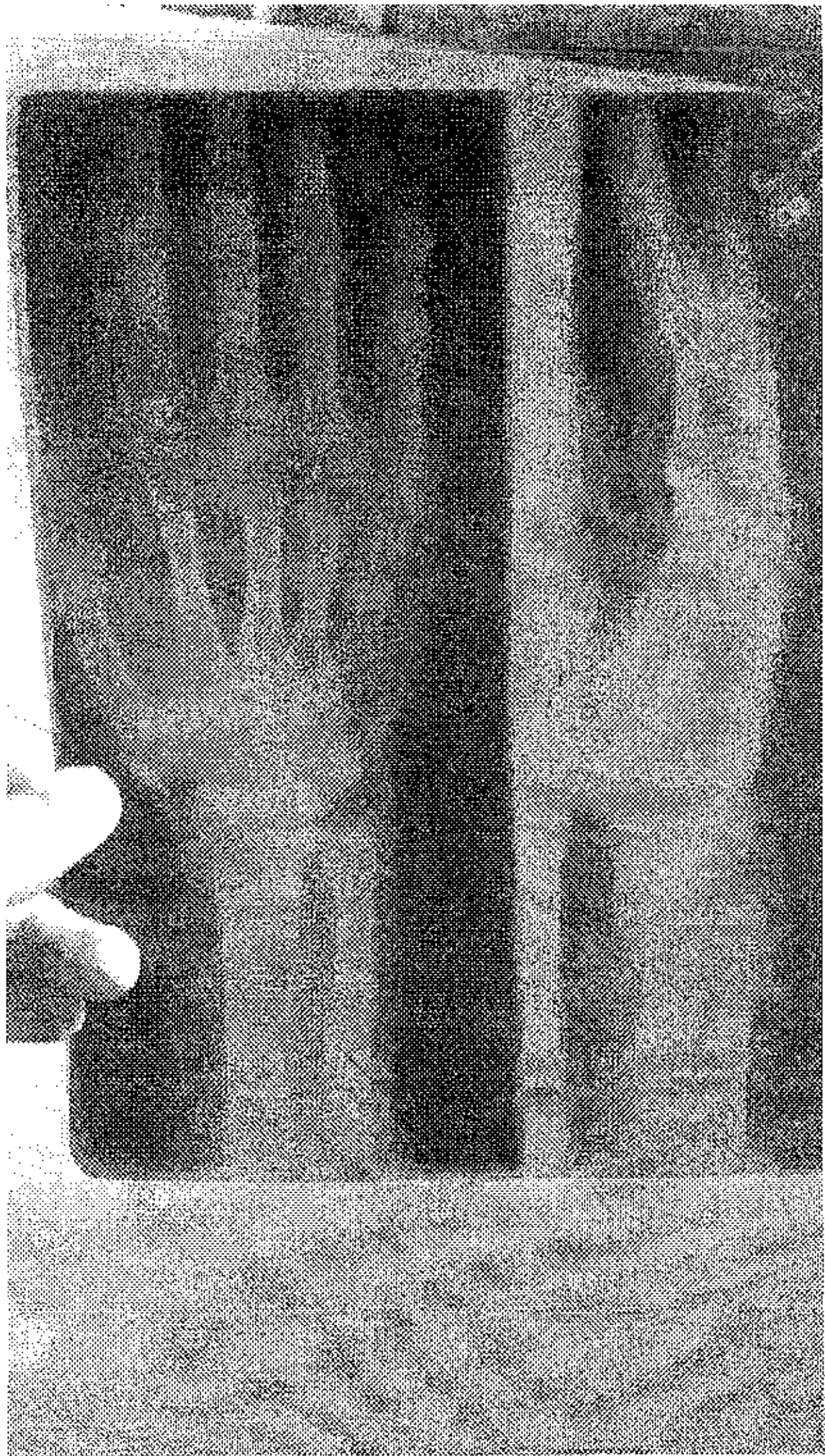
Exatidão da Sinais: HISTORIA DE INCONSCIENCIA?

Exatidão da Sinais: NEUROLOGIA ADULTO

Exatidão da Sinais: ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 5
ESCALA DE DOR: 6

Acolhida por: MONICA GONCALVES FERREIRA - COREN: 354958 - ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/06/2019 20:11





[illegible]



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DIR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

09:37:01

Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

Placa: KKS3287

UF: PE

Renavam: 868247260

Chassi: 9BGRZ08906G147153

Número do Motor: K70012220

Proprietário: REAL LEASING SA AREND MERCANTIL

Município: CARUARU

Marca/Modelo: GM/CELTA 2P LIFE

Fabricação/Ano: 2005 / 2006

Cor: AZUL

Restrições Gerais

Registro do contrato de Financiamento:

Data:

Restrição 1: ENDERECO NAO CONFIRMADO

Restrição 2: ARR MERC ERIK

Restrição 3: NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA

Restrição 4: INCLUSAO DE GRAVAME PENDENTE

Observação restrição:

Débitos:

IPVA: Sim

Valor: 1.104,48

Licenciamento: Sim

Valor: 952,95

Multas IPVA: Não

Valor:

Multas: Não

Valor:

DPVAT: Sim

Valor: 21,44

Autuações em Tramitação: Não

Valor:

Gravame

Baixo do gravame autorizado pelo Registro Nacional de Gravames, compareça a uma Unidade de Atendimento do DETRAN, para colatação do serviço de Baixo do Gravame, apresentando o veículo para vistoria, URV original, fotografias da identidade e CPF, comprovantes de pagamentos de taxas e multas, se houver. Não sendo o proprietário, apresentar a procuração dentro das incógnitas existentes. No caso de Leasing, antes dos passos anteriores, siga as orientações do Banco/Financiadora, bem como, obtenção dos documentos para realizar a transferência da propriedade do veículo.

Último CRLV Emitido:

Exercício: 2012

Emissão: 24/04/2012 INFORMATICA-OPERACAO

Entrega:

Destino: END. DEFINITIVO

Retirante:

Devolução:

Motivo:

AR de Postagem:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221214 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171280/20

Vítima: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 099.577.264-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSE WEBSTER DO
NASCIMENTO SILVA

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

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

JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA : 099.577.264-98

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: 22/06/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSÉ WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 8.714.834 SDS/PE CPF: 099.577.264-98
DATA DO ACIDENTE: 02/06/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSÉ WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA
ENDEREÇO: SI MILHÃES, Nº23 A, ZONA RURAL , VERTENTES - 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 JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-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 SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

VERTENTES – PE, 18 DE JUNHO 2020

x José Webster do Nascimento Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171280/20

Vítima: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 099.577.264-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSE WEBSTER DO
NASCIMENTO SILVA

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

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

JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA : 099.577.264-98

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: 22/06/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171280/20

Número do Sinistro: 3200221214

Vítima: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 099.577.264-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 17/07/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221214

Vítima: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO 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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221214

Vítima: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO 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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 001

Agência: 000004637-X

Conta: 0000017109-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221214

Vítima: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19028998B01



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



Para cópia do seu Boletim acesse o site: 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.**



Documento assinado eletronicamente por FABIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, 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 19028998B01 e o número de controle 389ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19028998B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 02/06/2019 Hora: 10:00 Município: TAQUARITINGA DO NORTE/PE
BR: 104 KM: 18,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: FABIO REGO, 1480868

ASPECTOS DO LOCAL

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO
DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 02/06/2019, por volta das 09h45, no km 18 da BR- 104, em Taquaritinga do Norte/PE, ocorreu um acidente, do tipo saída do leito carroçável, com vítimas (1 morta e 3 lesionadas). O veículo envolvido foi: o automóvel GM/CELTA 2P LIFE (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido TAQUARITINGA DO NORTE - TORITAMA, quando, perdeu o controle de direção, saindo do leito carroçável, colidindo com o meio fio e com placa de sinalização de indicação, descendo a ribanceira e capotando, parando na posição direita (com a rodas tocando o solo). Quando da chegada da equipe PRF no sítio do acidente, o condutor encontrava-se fora do veículo, deitado no solo, morto. Os demais passageiros (03) ficaram todos feridos com lesões graves, decorrente dos impactos do capotamento. Os três passageiros foram socorridos pelo Samu Agreste, Unidade de Taquaritinga do Norte, Inicialmente, para o Hospital de Taquaritinga do Norte/PE. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi o excesso de velocidade por parte de V1. Observações: O local do acidente estava parcialmente preservado e uma das vítimas era atendida, no local por uma equipe do SAMU. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. Placa de Regulamentar R-19 (velocidade máxima = 60km/h). A equipe



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, 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 19028998B01 e o número de controle 3B9ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191



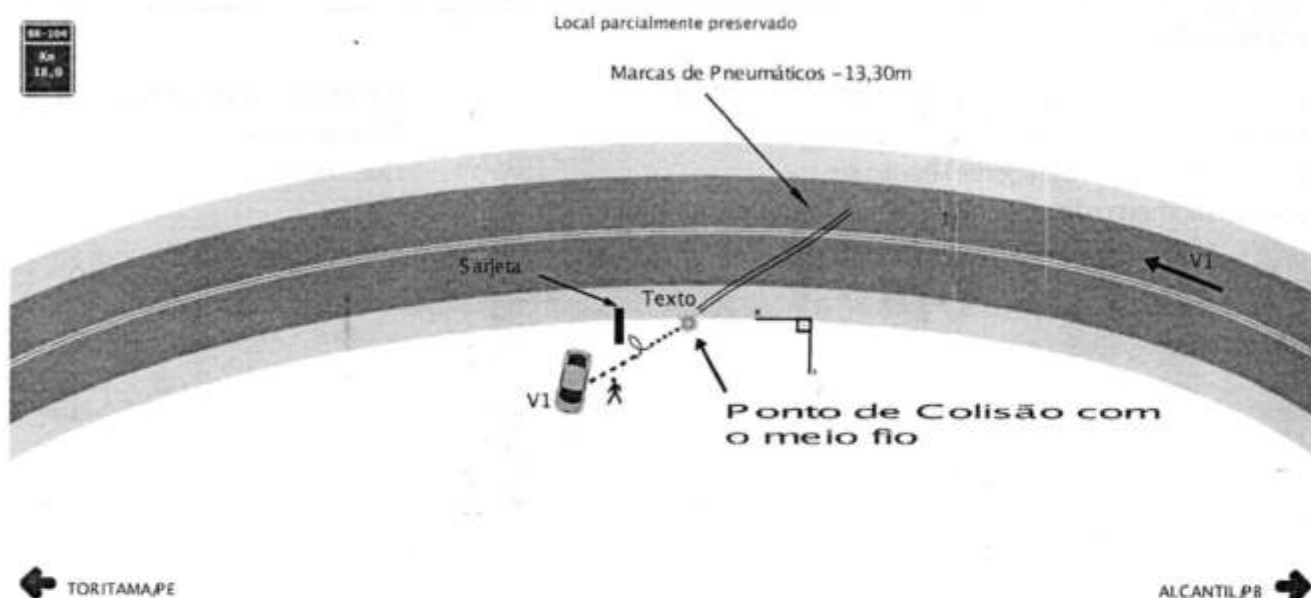
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19028998B01

da perícia técnica compareceu ao local (Perito Túlio Arruda, do IC de Caruaru). O corpo do condutor de V1 foi removido pelo IML Caruaru/PE. O veículo V1 não estava devidamente licenciado, nem com condições de circulação e em razão disso, foram adotados os procedimentos administrativos cabíveis, incluindo o de sua remoção para o pátio da PRF de Caruaru/PE.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
Sarjeta	0,00	0,00
Vértice traseiro esquerdo de V1	4,10	12,70
Vértice traseiro direito de V1	5,30	12,40
Centro de Gravidade Vítima Morta	3,80	13,60

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS

Ao Patrimônio da União: Danos no meio fio e em uma placa de sinalização de indicação.



Documento assinado eletronicamente por FABIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, 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 19028998B01 e o número de controle 389ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19028998B01

APOIO EXTERNO

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

V1 - VEÍCULO 1 - KKS3287 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: KKS3287 Marca/modelo: GM/CELTA 2P LIFE

Ano fabricação: 2005 Chassi: 9BGRZ08906G147153

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

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

Renavam: 00868247260

Tipo de veículo: Automóvel

Cor: Azul



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, 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 19028998B01 e o número de controle 3B9ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19028998B01

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

Veículo: V1 / GM/CELTA 2P LIFE

Placa: KKS3287

Nº BOAT: 19028998B01

Nome do Agente: FABIO REGO

Matrícula do Agente: 1480868

Data: 02/06/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Nao	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 portamalas 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 Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por FABIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, 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 19028998B01 e o número de controle 3B9ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19028998B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FABIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, 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 19028998B01 e o número de controle 3B9ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19028998B01

V1 - Proprietário

Nome: REAL LEASING SA AREND MERCANTIL

CPF/CNPJ: 47.193.149/0001-06

Email:

Telefone:

Endereço: CARUARU-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - GUSTAVO MICHAEL DE SOUZA

V1C - Informações

Nome: GUSTAVO MICHAEL DE SOUZA

Data de Nascimento: 24/08/1988

CPF: 109.384.364-06

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Morto

Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 12/02/2016

Nº Registro: 06561435275

UF: PE

Vencimento da habilitação: 16/04/2020

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: R JOAO FIGUEIROA, 0000000000, CENTRO, VERTENTES-PE

Telefone:

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - LIDIANE PEREIRA DA SILVA

V1P1 - Informações

Nome: LIDIANE PEREIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 16/04/1988

CPF: 062.585.834-40

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: MAJOR LUDUGERIO, 231, CASA, CENTRO, VERTENTES-PE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por FABIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviária Federal, em 02/06/2019, 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 19028998B01 e o número de controle 3B9ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19028998B01

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - MANOEL JEFERSON PEREIRA DA SILVA

V1P2 - Informações

Nome: MANOEL JEFERSON PEREIRA DA SILVA

CPF: 014.284.584-17

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 18/04/1997

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1P2 - Dados do Contato

Endereço: MILHARAL, 8, SITIO MILHARAL, VERTENTES RURAL, VERTENTES-PE

Telefone:

Email:

V1P3 - PASSAGEIRO 3 DO V1 - JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

V1P3 - Informações

Nome: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 099.577.264-98

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 02/12/2001

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1P3 - Dados do Contato

Endereço: MAJOR LUDUGERIO, 525, CASA, CENTRO, VERTENTES-PE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por FABIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, 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 19028998B01 e o número de controle 3B9ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191