



Número: **0038249-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68820198	30/09/2020 14:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro ou ASL:	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. SNE	8 - Endereço: SL 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): 819.4461.3907		

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLAMAR INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 4634	CONTA: 17.109
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, o qual eu li, compreendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Soluto o prosseguimento no anexo de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou divorciado) <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> União	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Graude Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Outros	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Se tinha irmãos, informar falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e privarem este benefício, 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 da artigo 298 do Código Penal.

31 - Assinatura da vítima ou representante legal (se houver):	32 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):	33 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):	34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):
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)

FP5.001 V002/2019



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 0005943-83				 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 de Energia Elétrica-ANEEL 167-Ligação Gratuita												
DADOS DO CLIENTE JOSE MANUEL PERREIRA DA SILVA CPF: 313.682.714-72				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				
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI MILHAES 21 SÍTIO MILHAES/VERTENTES RURAL 55770-000 VERTENTES PE				CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico								
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				RESERVADO AO FISCO 6C9D.C063.EFC3.1000.17CD.07C5.D353.CE								
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL												
DESCRIÇÃO				QUANTIDADE		PREÇO		VALOR (R\$)		EM ATÉ 18 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE		
Consumo Ativo(kWh)-TUSD				75,00		0,42901509		32,17		Veneto		
Consumo Ativo(kWh)-TE				75,00		0,36081955		27,06		Dt Rev		
Contrib. Hum. Pública Municipal								2,76		20/06/20		
ICMS Subvenção-CDE-NF 103953960-13/04/20								0,40		10/06/20		
Multas por atraso-NF 100109850 - 11/03/20								1,27		20/06/20		
Juros por atraso-NF 100109850 - 11/03/20								1,22		Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anterior debitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento de atendimento, poderá ocorrer a encerramento do contrato de fornecimento de energia elétrica, conforme os critérios definidos no Art. 90 RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE USO DE ENERGIA ELÉTRICA, bem como insucesso nos registros de restrição		
Atualização IGPM-NF 100109850 - 11/03/20								1,09		Tarifas Aplicadas		
TOTAL DA FATURA								65,97		Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29638000 JUN 20 III		
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	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO												
RS		%	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
Geração de Energia		18,64	31,47	Geração de Energia								
Transmissão		2,17	3,66	Transmissão								
Distribuição (Clique)		13,16	22,22	Distribuição (Clique)								
Energias Setoriais		2,09	3,22	Energias Setoriais								
Tributos		18,02	30,42	Tributos								
Perdas de Energia		4,15	7,01	Perdas de Energia								
TOTAL		56,29	100	TOTAL								
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL												
NÚMERO DO FATOR		TIPO DE FATOR	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
000000003163358876		CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA						
			13/05/2020	4.123,00	10/06/2020	4.198,00	38	1,00000	0,00	75,00		
DATA PREVISTA PARA A PROXIMA LEITURA: 10/07/2020												
INFORMAÇÕES IMPORTANTES												
Pague no ponto mais perto de você! ag correios telxela de freta: rua professor Luiz Carlos centro / osmar pereira silva: r sao Jose centro lista 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 39.459/13.												
TENSÃO NOMINAL												





Título Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.488, de 20/04/03

Companhia de Energia de Fortaleza
Av. João de Barros, 115, Boa Vista, Recife - PE CEP 51.060-402
CNPJ 06.955.924/0001-04, Insc. Est. 000384-03 | www.celf.com.br

BANCO DO CLIENTE

ENDEREÇO PARA CONTATO

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RLM JOAO BATISTA 371

CPF: 845.324.444-02

CENTRO CURUBIM

CELESTIM/CE

SUR. BIMPE

55700-000

Nº RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mecânica

001283333 UICA 57000000

001116006 2765008

83,80

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kW.h) - RUSD	59.600,00	1.458,8132	48.72
Consumo Ativo (kW.h) - IE	59.600,00	0,3047675	35,01
Atividade (Gandata) - MARELA			1,68
Consumo (kW.h) - Pública - MARELA			2,98
ICMS - Base de Cálculo - RUSD - 10,710%			5,29

TODA DAFATURA

TIPO DE	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
RECORRER	DATA	LEITURA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA
100000	06-12-2018	280000	50-20-0000	06-12-2018	280000	06-12-2018	280000	06-12-2018

DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68
06-12-2018	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01	1,68

Resumo da fatura de energia elétrica, com detalhes sobre o consumo e os valores devidos. A fatura é emitida pela Companhia de Energia de Fortaleza (CEL) para o cliente ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES.

Consumo	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01
Consumo	59.600,00	48,72	35,01	1,68	2,98	5,29	48,72	35,01

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 COAF**².

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 NOGUEIRA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 104 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE WEXTER DO NASCIMENTO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.577.264 / 98, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE WEXTER 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>CRSII</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. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



**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, Vitima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº9548 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital da Restauração /Recife Sob Senha 5697193.

Taquaritinga do Norte, 24 de julho de 2019.



José Webster A. Prates
Presidente Fundata
MAT 020602

Rodovia PE -130, Km 08. Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192.
E-mail: fundata@hotmail.com



JOSE ROBERTO NASCIMENTO

01-12-01

transcrito em 06/01/19

Responsável: Lda. Gerson. Lda.
GRANDE

ALVARO DE MELLO

Res. sobre conduta de veículo com placa
Sobren. múltiplas e corações, Exatidão (?) em publi

Quotient 0.000 1/1

③ Diferença 0.000 1/1

③ 0.9 1000 an. B

④ de colorido de / mancha e AIT
total 10/0

Sau as = 10/1



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

ملفوظات مولانا محمد رفیع کمالی

6-10-1940 10:40 AM (0697-40)
12-10-1940

2. Entre outros, os efeitos da autonomia
 que se obtém no ensino,
 permitindo finalmente ao aluno,

1. Observações e fechos de relatório (pelo) de
 2. relatório de avaliação, avaliação

Exhibition, P/L NO. 50, ACS 14

Page 2 of 10

1000 1000 1000 1000 1000

Ed. Volizova 01-2017, Dep. 01-2017

St 0/01 100.00 0/

Quarta de conno ^{belino}
02/06/19

Figure 1

RECEITUÁRIO MÉDICO





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA



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

109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
Br. 232 - Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP-
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 93461 3719.9400 (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EMERGENCIA

IDENTIFICAO DO PACIENTE

Nome: JOSE WELSON JULIO NASCIMENTO SILVA
 Data Nasc: 12/12/2001 Idade: 18 Sexo: M NACOU NO: CRR. PAROIA Religião:
 CPF: 33.24831-1 CNIS: 030638160453
 Endereco: S. TI. MILANES
 Bairro: C. D. G. R. V. A. Cidade: VERTEPENTES Estado: PE
 CEP: 55770-000 Fone: 097426036 Profissão: C. O. S. F. REIRA
 Nome da Mãe: ERINE INACIARA DO NASCIMENTO
 Acompanhante:
 Número do Atendimento: ATT. DOM. ALFONSO E
 Clínica: C. R. T. N. S. H. A. TRAUMATOLOGIA

2. ANAMNESE

Data: 09/09/2020 Hora: 14:30

Médico: (RUBEN CORLA) 140453

Queixa Principal: NR

Paciente com queixa de dor no abdômen, iniciada há 02 dias, com caráter de cólica, localizada no hipogastrio direito, irradiando para a região da virilha direita. A dor é intermitente, com pico de intensidade de 8/10. Não há náusea, vômito, febre ou alteração no hábito intestinal.

Exame físico: PA: 120/80 FC: 90 PR: 36,5
 T: 36,5 S: 100% O2 Sat: 98%
 Inspeção: Abdomem macio, sem sinais de irritação peritoneal. Ausculta: Ruídos intestinais presentes, sem hiper ou hipoacusia. Percussão: Sem timpanismo ou matidez. Reto: Sem sangue ou muco.

Laço Provocado: Paciente com dor no abdômen, iniciada há 02 dias, com caráter de cólica, localizada no hipogastrio direito, irradiando para a região da virilha direita. A dor é intermitente, com pico de intensidade de 8/10. Não há náusea, vômito, febre ou alteração no hábito intestinal.

Prescrição: Analgésico, Antiespasmódico, Antibiótico de amplo espectro.

Medicamento	Dose	Frequência	Observações
Paracetamol	500mg	q4h	Até 38,5°C
Dipirona	500mg	q4h	Até 38,5°C
Clonazepam	0,5mg	q4h	Até 38,5°C
Amoxiclavina	625mg	q8h	Até 38,5°C
Metoclopramida	10mg	q4h	Até 38,5°C
Atropina	1mg	q4h	Até 38,5°C
Insulina	10UI	q4h	Até 38,5°C
Salina	0,9%	q4h	Até 38,5°C
Óxigênio	2L	q4h	Até 38,5°C
Monitorização			Até 38,5°C

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 14:36:59
 https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093014365987200000067492629
 Número do documento: 20093014365987200000067492629

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de risco - Período:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Período: 02/06/2019 14:26 - 02/06/2019 14:26

Nome Paciente:	JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA
Cód. Paciente:	33540
Data de Nascimento:	02/12/2001
Sexo:	Masculino
Idade:	17
Setor:	MUNIC
Comparto:	24-015 - AMBULATÓRIO
Atendimento:	112106
SGMIS:	330850

Período: 02/06/2019 14:26 - 02/06/2019 14:26

CLAUDIA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRA - CLASSIFICAÇÃO

Atividade:	POUCA INICIAVA
Classe:	MESES
Correlação:	PACIENTE COM DENTE MORTO OCULUS DO APRESENTANDO DOR E INFLAMAÇÃO
Medicamentos:	NÃO A ZEROU
Observações:	SEM DOR
Exatidão da informação:	PROBLEMAS NOS MEMBROS
Exatidão da informação:	DEFORMAÇÃO
Exatidão da informação:	RODAP
Especialidade:	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Assinado(a) por: CLAUDIA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRA

Data impressa: 02/06/2019 14:26

Sistema de Apoio Informático com Classificação de Risco

Página: 1 de 1



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
- EMERGENCIA

[illegible]

Nome do Responsável: Dr. João de Deus Parente: 1. Mãe

Responsabilidade pela inoculação (Artigo 1.º) aceita desde a assinatura, bem como tendo ciência dos efeitos sobre todos as consequências que esse ato possa acarretar.

Assinatura: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Atestado de fecho e hora _____

Firma _____

Tel. _____

Procedente de _____

Assinatura _____

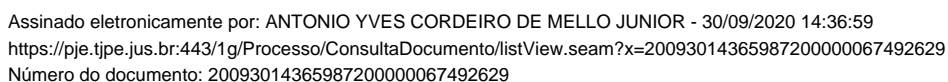
DATE FORWARDED _____

Name of Applicant: <u>James M. Anderson</u>			
Age: <u>45</u>	Current: <u>1</u>	Grade: <u>Engineer</u>	Term of Service: <u>Proba</u>
Transferred: <u>0</u>	Date: <u>01/01/2020</u>		

Carano Delgado Institution Date

Page No. Date Month Year

18/05/2015 14:17:14 Jornal do Expresso - 18/05/2015



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 Prontuário: 1680699 Paciente: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 02/12/2001 Idade: 17a Sm 30d Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante RITA CASSIA PEREIRA DA SILVA
DOC ID Data expedição: 8714834 / 03-Fev-09 Mãe: ERUNDA MARIA DO NASCIMENTO
Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA Cartão SUS: 709505316160955
Endereço: SÍTIO MILHAES Número 1
Bairro: ZONA RURAL Complemento:
Cidade: VERTENTES UF: PE Telefone: 997456916
Observações:

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

Informações do Serviço Social

Confirmação de nome: _____ Fones: _____ Assistente Social: _____
Confirmação de endereço: _____
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Excessos/Faltas: Recusa da Ação ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐
Dúvidas ☐
Observação: _____ Assistente Social: _____

História Clínica

Assessment Médico

Paciente consciente: Sim ☒ Não ☐ Episódio Erótico: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Episódios de Tensão: Sim ☐ Não ☐ Tbc: _____ Transfusão realizada por: _____
Investigação Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sono Quase: Sim ☐ Não ☐ Ativos: _____
Fundos de observação adquiridos: Sim ☐ Não ☐ POUQUA?

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea não obstruída: Sim ☐ Não ☐ Discrepancia: Sim ☐ Não ☐ Tempo: _____

B. Respiratório: SES - HOSPITAL DA RESPIRAÇÃO
FONOGRAFIA DE BRÔNQUIOS
C. Circulação: PA: 120/80 mmHg
FC: 70 bpm
VEDG: _____
TENSÃO: 120/80 mmHg
EXAME: _____
CONTAGEM: _____ ML

Pulsos: _____ Pressão: _____



Nome do Paciente	Nome do Médico	Nome do Assessor
Nome do Paciente	Nome do Médico	Nome do Assessor

S. Condição de Alta:

Nome do Paciente	Cond. Tratamento
Nome do Paciente	Cond. Tratamento

Nome do Paciente	Ass. Médico
Nome do Paciente	Ass. Médico

Nome do Paciente	Ass. Enfermeiro
Nome do Paciente	Ass. Enfermeiro

Definição de Caso:	Condição de Alta:
Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Cond. <input type="checkbox"/> Transf. de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Exatidão <input checked="" type="checkbox"/> Alta	Perante <input type="checkbox"/> Menor ass.
Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Cond. <input type="checkbox"/> Transf. de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Exatidão <input checked="" type="checkbox"/> Alta	Intensidade <input type="checkbox"/> Curado
Transf. de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Exatidão <input checked="" type="checkbox"/> Alta	Outro <input type="checkbox"/>

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Nome do Paciente: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome do Paciente: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome do Paciente: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome do Paciente: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome do Paciente: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome do Paciente: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome do Paciente: _____ Data: _____ Hora: _____

Nome do Paciente: _____ Data: _____ Hora: _____

Data e Hora Impressão: 02-Jun-19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS-PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Sobrenome:

Registro Nº:

Clínica:

Enfermagem:

Exame Transferrido
Paciente, masculino
(7 anos) com história de
doença autoimune
Sintomas de doença
com história de doença
de doença de doença no man
to de doença de
doença de doença
doença de doença (doença de
doença de doença)
doença de doença
doença de doença + doença
doença de doença (doença de
doença de doença)
doença de doença
doença de doença

Data:

Médico: CRM

O primeiro digito é uma passagem para o vício
Eliete Monteiro de Souza

1ª Linha:

2ª Linha: 89



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 WERNEER DO NASCIMENTO SILVA
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	02/07/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	17
Senha:	PUG001
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

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

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

Atendimento:	AMARELO - URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NA RUA ESTAVA SEM O SINAL DE SEGURANCA (SINAL) JOGADO DO VEICULO. RELATO DE PERDA DE CONSCENCIA. REFERE TONTURA.
Obstinação:	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE SENHA 669751
Exatidão da Anamnese:	TRAUMA CRANIOENCEFALICO
Observações:	HISTORIA DE INCONSCIENCIA?
Exatidão da Anamnese:	NEUROCIRURGIA ADULTO
Exatidão da Anamnese:	ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15 REQUER DE CUP: 6

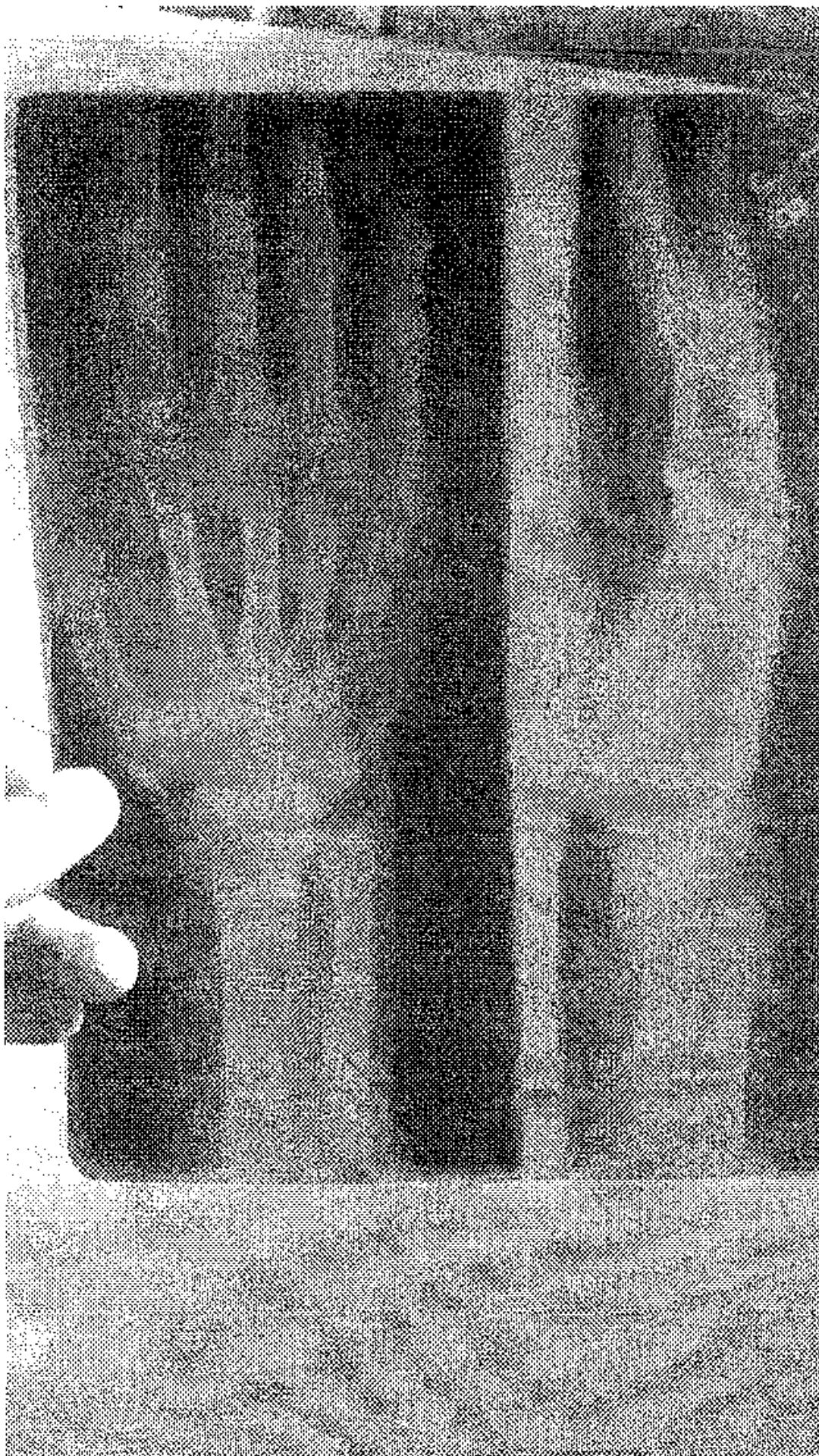
Atendido(a) por: MONICA GONCALVES FERREIRA - COREN: 354958 - ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/06/2019 20:11

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco


Página 1 de 1









 DETRAN-PE	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:		
<small> Baixa do gravame autorizada pelo Sistema Nacional de Gravames, compareça a uma Unidade de Atendimento do DETRAN, para solicitação do serviço de Baixa do Gravame, apresentando o veículo para vistoria, LRV original, fotoatual da identidade e CPF, comprovantes de pagamento de taxas e multas se houver. Não sendo o proprietário, apresentar a autorização dentro das normas vigentes. 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. </small>		
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 **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
SILVA

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
IDÊNTIDADE- 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 15880126

Pag. 00211/00212 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01023/01024 - carta_09 - INVALIDEZ

00030512



Carta nº 15957797



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro ou ASL: 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. SNE 8 - Endereço: SL 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): 819.4461.3907

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: ☒ RECLAMAR INFORMAÇÃO ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 4634 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, o qual eu li, compreendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Soluto o prosseguimento no anexo de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (se divorciado) ☐ Divorciado ☐ 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 herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e privarem este benefício, 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 da artigo 298 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)

FP5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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.**



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por FÁBIO 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



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





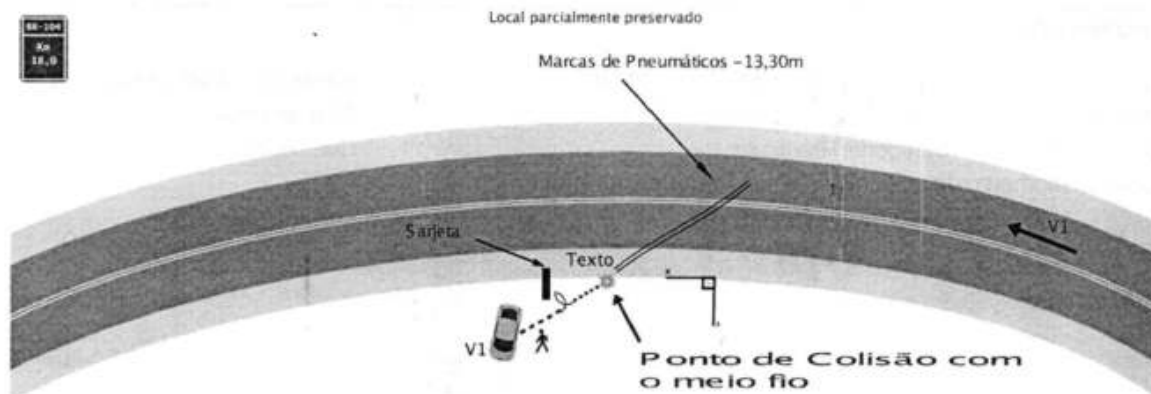
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



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



← TORITAMA/PE

ALCANTIL/PB →

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/movobat/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



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	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho 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 3B9ED56827E7F0CE0A430B3737057C.

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 3B9ED56827E7F0CEDA43083737057C.

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

Email:

Endereço: CARUARU-PE

CPF/CNPJ: 47.193.149/0001-06

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - GUSTAVO MICHAEL DE SOUZA

V1C - Informações

Nome: GUSTAVO MICHAEL DE SOUZA

CPF: 109.384.364-06

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 24/08/1988

Estado civil: Casado(a)

Estado físico: Morto

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

CPF: 062.585.834-40

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 16/04/1988

Sexo: Feminino

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 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

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, SÍTIO 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:



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

