



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
68820 198	30/09/2020 14:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do RG/Vitima ou AGL: **099.577.264-98** 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: **JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA** 6 - CPF: **099.577.264-98**
 7 - Profissão: **REC. INE** 8 - Endereço: **SL MILHÃES** 9 - Número: **23** 10 - Complemento: **CEP**
 11 - Bairro: **TONA RURAL** 12 - Cidade: **VERTENTES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55770-000**
 15 - E-mail: **l** 16 - Tel. (DD): **8199.9161-3907**

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:

REUSO INFORMAR R\$ 100 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 BANCARIOS: BENEFICIÁRIO/DO/INDEMNIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA/INDEMNIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (severa para os bancos abaixo. Pode haver 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: **1**

CONTA: **17-109**

AGÊNCIA: **4637**

CONTA: **17-109**

(Inserir o número existir)

Informar o dígito se existir

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, ou minha filha, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVA, e que eu, fico de posse, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, queação total de que eu recebo.

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 atende 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.

Notifico o prosseguimento no anúncio 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 avaliação médica presencial, caso necessário, às curtos de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículos automotores, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: **PE** 24 - Cidade: **VERTENTES** 25 - Grau de Parentesco com a vítima: **26 - Vítima deixou compatrieto(a):** Sim Não 27 - Se a vítima deixou compatrieto(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tem filhos, informar Vivos: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Vítima: Sim Não 33 - Se tem irmãos, informar Vivos: Sim Não 34 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem seu conceito, esclarecendo, ainda, de que quaisquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2015

TESTEMUNHAS



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



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

Num. 68820198 - Pág. 2

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 0005843-83



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: 0800-167-Ligação Gratuita

DADOS DO CLIENTE

JOSE MANUEL PERREIRA DA SILVA
CPF: 313.682.714-72

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI MILHAES 21

SITIO MILHAES/VERTENTES RURAL
56770-000 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. Hum. Pública Municipal			2,76
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			1,09
TOTAL DA FATURA			65,97

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO Corte
Veneto : Dt. Rev. : V.
20/06/20 : 10/06/20 : 26
20/06/20 : 10/06/20 : 54
Esta comunicação NÃO substitui afixo de débitos anteriores
dátilos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento
de fornecimento, poderá ocorrer o reinício do fornecimento do contrá
cobrança, bem como inclusão nos registros de faturação

Tarifas Aplicadas

			HIS
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29538860	JUN	20
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25050000	MAI	20
		ABR	20
		MAR	20
		FEV	20
		JAN	20
		DEZ	19
		NOV	19
		OUT	19
		SET	19
		AGO	19
		JUL	19
		JUN	19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
geração de Energia	18,64	31,47
transmissão	2,17	3,66
distribuição (celpe)	13,16	22,22
encargos setoriais	3,09	5,22
tributos	18,02	30,42
perdas de energia	4,15	7,01
TOTAL	59,23	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS

INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO CONINFO V AP

DIC-0: horas sem Energia			0,00
RC-0: de vez em quando			0,00
DWIC-Duração máxima de interrupção contínua			0,00
DIC4-Duração de interrupção em dia crítico			
BUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 22,37			
<i>Todos Consumidores podem solicitar a apuração dos indicadores de consumo e de interrupção de fornecimento.</i>			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO VENDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NF	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
0000000316039876	CAT	13/05/2020	4.123,00	10/06/2020	4.198,00	28	1,00000 0,00 75,00

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e ag correios telcelera de frete: rua professor juiz carlos centro / osmav
pereira silva: r. são joão centro/ completo em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.sneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.489/13.

NÍVEL

TENSÃO NOMINAL(V)





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.435, de 26/04/12

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 211, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50160-032
CEP 51.0165.9326/001-03, Inscrição Est. 0005903-03 | www.cepepe.com.br

卷之三

ADRIANA MARIA MUJICA DE A. FERNANDEZ

BUKU KEGIATAN ISI 220

095-545324-163-02

CENTRO CURIOSIM
SUR.BIMPE
50000-000

R: RESIDENCIAL RESIDENCIAL Residencial

001283903 04CA 50001201

1990-1991: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

Consumo Ativo(MWh)-USD
Consumo Ativo(MWh)-IE
Achetar(mq) Gándara M/MLA
Cobrar(mq) Pública M/MLA
ICMS Edifício(s) CDE-85379288-20100000

DETALLE	QUANTITADDE	PRECIO U\$D	VALOR U\$D
Consumo Arroz/MIN/1 U\$D	18,6000000	0,45888180	8,32
Consumo Arroz/MIN/1 E	98,6000000	0,35476705	35,51
Arroz/Grano/MIN/GR/1			1,68
Carne/1kg. Precio Mercado			34,48
ICMS Entrega/CD/ME/1999/04/20/2000/04/19/04			

7014: 00 EDITION

MÊS/ANO	TIPO DA FUSÃO	ANTECESSOR		SUCCESSOR		PERÍODO	CONTRIBUTO	VALOR	CONTRIBUTO MÍN.
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
10/2014	CAC	06-12-2014	18857 CC	09-01-2015	18866 CC	09/01/2015	19	1994,00	1994,00



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=2009301436598720000067492629>
Número do documento: 2009301436598720000067492629

Núm. 68820198 - Pág. 1



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 EDUARDA M. MOURA DE A. FERNADES, inscrito (a) no CPF 945.234.444-104, na qualidade de Procurador (a) / Intermédario (a) do Beneficiário JOSE WEASTER DO NASCIMENTO SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 099.577.264-98, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE WEASTER DO NASCIMENTO SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 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		Número	Complemento
<u>Rua: JOSÉ BATTISTA</u>		<u>340</u>	<u>04184</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>SOROCABA</u>	<u>SP</u>	<u>18750-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>81-99700-1998</u>	<u>81-99161-3907</u>

Sorocaba, 18 de Junho de 2020.

Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



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

Num. 68820198 - Pág. 5



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 Nº9548 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital da Restauração /Recife Sob Senha 5697193.

Taquaritinga do Norte, 24 de julho de 2019.

Presidente J. A. Prates
Presidente Fundata
Data: 08/07/2019



THE JOSE MESTRES MASK PROJECT

90-05-11-01

卷之三

Response to: Mr. Rogers 200
Mr. Rogers 200

卷之三

Período anterior ao advento da civilização romana.

④ Jettison of trash in

⑥ Data from Olomouc 1982

500.91 100.00 80

4) Ex. de. elaboratione (molti) = 100%

Saint as = Folk



FUNDATA

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

João Vitorino de Souza

Coronel Vitorino de Souza (369740)
Residente

Residente Vitorino de Souza (369740)
Residente Vitorino de Souza (369740)
Residente Vitorino de Souza (369740)
Residente Vitorino de Souza (369740)

Residente Vitorino de Souza (369740)
Residente Vitorino de Souza (369740)

Residente Vitorino de Souza (369740)

Residente Vitorino de Souza (369740)

Residente Vitorino de Souza (369740)

Residente Vitorino de Souza (369740)

Residente Vitorino de Souza (369740)

Residente Vitorino de Souza (369740)

RECEITUÁRIO MÉDICO



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

HRA

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 à disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 28 de Agosto 2019

108.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
Av. 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 9346 / 3719.9400 (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DE ANTÍPOLIS

W. L. Ladd to Miss F. M. Ladd, New York - October 18, 1913 (repeated from a letter of 10/10/13)

HOSPITAL RECOMMENDS & GREETS

Nome Padrasto	JOSÉ WEBSTER DO NASCIMENTO GOMES
Nome Matrizes	ROSA GOMES
Nome do Nascituro	JOSE GOMES
Sexo	Male
Estado	PAULISTA
Setor	001
Centro	0015 - HOSPITAL D. PEDRO II
Setor Ambulatório	0015 - HOSPITAL D. PEDRO II
Setor Clínico	0015 - HOSPITAL D. PEDRO II
Setor Cirúrgico	0015 - HOSPITAL D. PEDRO II

Periodo: 02/26/2019 14:26 - 02/26/2019 14:26

合計人口数 1,145,000人(2014年) 平均年齢 37.5歳(2014年) 平均年収 24万5,000円(2014年)

卷之三

卷之三

10

1000

THE BOSTONIAN

2000-01-02

Chesapeake

五代十国

ବିଜ୍ଞାନ ବିଦ୍ୟାର ପାତାଳ

SEARCHES

Conclusions

- 15 -

1000

— 10 —

Wolfram|Alpha 02/09/2013 12:26

Digitized by srujanika@gmail.com Class 1993-2000

Digitized by srujanika@gmail.com



Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

1435595

Data e hora do Atendimento:
02/09/2019 20:16

Local: 20100-0003 - EMERGENCIA GERAL

Atendimento: Manual

Nº Prontuário: 1880699 Paciente: JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA
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 Mae: ERUNDINA MARIA DO NASCIMENTO
Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA
Endereço: SITIO MILHAES
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: VERTENTES
UF: PE Telefone: 897486916
Ocupação:

Atividade Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Informações de Serviço Social

Confirmação de nome:	Nome:	CPF:	RG:	Entrega:	Assistente Social:
Sobrenome de sogrados:					
PTN/PTN:	Altura:	Caso Social:			
Endereço Residencial: Rua do Aço:	SPCA:	Conselheiros:	Delegados:	Munic. Pernambuco	
Outros:					
Observações:					Assistente Social:

Histórico Clínico:

Assentamento: Belford Roxo
Pais de convivência: Sim: Não: Padrão de Estado: Sim: Não: Aprendiz de trabalho: Sim: Não:
Paciente de Trabalho: Sim: Não: Trabalho: Bem-avaliado: P/B
Início da sua Carenagem: Sim: Não: Carenagem: Sim: Não: Ativa:
Exposição de Inflamação: Sim: Não: P/Ex:

Exame Físico:

A. Leito: Visão: Olho direito: Sim: Não: Ossadura: Sim: Não: Tepmo:

B. Respiratório: SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO

C. Circulatório: Tensão arterial: 100/60 mmHg

D. Digestivo: Peso: 60 kg

E. Urinário: Uro: 1000 ml

F. Endócrino: Gluc: 100 mg/dl

G. Hematológico: Hem: 100 ml

H. Exame: Glu: 100 mg/dl

I. Exame: Glu: 100 mg/dl

J. Exame: Glu: 100 mg/dl

K. Exame: Glu: 100 mg/dl

L. Exame: Glu: 100 mg/dl

M. Exame: Glu: 100 mg/dl

N. Exame: Glu: 100 mg/dl

O. Exame: Glu: 100 mg/dl

P. Exame: Glu: 100 mg/dl

Q. Exame: Glu: 100 mg/dl

R. Exame: Glu: 100 mg/dl

S. Exame: Glu: 100 mg/dl

T. Exame: Glu: 100 mg/dl

U. Exame: Glu: 100 mg/dl

V. Exame: Glu: 100 mg/dl

W. Exame: Glu: 100 mg/dl

X. Exame: Glu: 100 mg/dl

Y. Exame: Glu: 100 mg/dl

Z. Exame: Glu: 100 mg/dl

A. Exame: Glu: 100 mg/dl

B. Exame: Glu: 100 mg/dl

C. Exame: Glu: 100 mg/dl

D. Exame: Glu: 100 mg/dl

E. Exame: Glu: 100 mg/dl

F. Exame: Glu: 100 mg/dl

G. Exame: Glu: 100 mg/dl

H. Exame: Glu: 100 mg/dl

I. Exame: Glu: 100 mg/dl

J. Exame: Glu: 100 mg/dl

K. Exame: Glu: 100 mg/dl

L. Exame: Glu: 100 mg/dl

M. Exame: Glu: 100 mg/dl

N. Exame: Glu: 100 mg/dl

O. Exame: Glu: 100 mg/dl

P. Exame: Glu: 100 mg/dl

Q. Exame: Glu: 100 mg/dl

R. Exame: Glu: 100 mg/dl

S. Exame: Glu: 100 mg/dl

T. Exame: Glu: 100 mg/dl

U. Exame: Glu: 100 mg/dl

V. Exame: Glu: 100 mg/dl

W. Exame: Glu: 100 mg/dl

X. Exame: Glu: 100 mg/dl

Y. Exame: Glu: 100 mg/dl

Z. Exame: Glu: 100 mg/dl

A. Exame: Glu: 100 mg/dl

B. Exame: Glu: 100 mg/dl

C. Exame: Glu: 100 mg/dl

D. Exame: Glu: 100 mg/dl

E. Exame: Glu: 100 mg/dl

F. Exame: Glu: 100 mg/dl

G. Exame: Glu: 100 mg/dl

H. Exame: Glu: 100 mg/dl

I. Exame: Glu: 100 mg/dl

J. Exame: Glu: 100 mg/dl

K. Exame: Glu: 100 mg/dl

L. Exame: Glu: 100 mg/dl

M. Exame: Glu: 100 mg/dl

N. Exame: Glu: 100 mg/dl

O. Exame: Glu: 100 mg/dl

P. Exame: Glu: 100 mg/dl

Q. Exame: Glu: 100 mg/dl

R. Exame: Glu: 100 mg/dl

S. Exame: Glu: 100 mg/dl

T. Exame: Glu: 100 mg/dl

U. Exame: Glu: 100 mg/dl

V. Exame: Glu: 100 mg/dl

W. Exame: Glu: 100 mg/dl

X. Exame: Glu: 100 mg/dl

Y. Exame: Glu: 100 mg/dl

Z. Exame: Glu: 100 mg/dl

A. Exame: Glu: 100 mg/dl

B. Exame: Glu: 100 mg/dl

C. Exame: Glu: 100 mg/dl

D. Exame: Glu: 100 mg/dl

E. Exame: Glu: 100 mg/dl

F. Exame: Glu: 100 mg/dl

G. Exame: Glu: 100 mg/dl

H. Exame: Glu: 100 mg/dl

I. Exame: Glu: 100 mg/dl

J. Exame: Glu: 100 mg/dl

K. Exame: Glu: 100 mg/dl

L. Exame: Glu: 100 mg/dl

M. Exame: Glu: 100 mg/dl

N. Exame: Glu: 100 mg/dl

O. Exame: Glu: 100 mg/dl

P. Exame: Glu: 100 mg/dl

Q. Exame: Glu: 100 mg/dl

R. Exame: Glu: 100 mg/dl

S. Exame: Glu: 100 mg/dl

T. Exame: Glu: 100 mg/dl

U. Exame: Glu: 100 mg/dl

V. Exame: Glu: 100 mg/dl

W. Exame: Glu: 100 mg/dl

X. Exame: Glu: 100 mg/dl

Y. Exame: Glu: 100 mg/dl

Z. Exame: Glu: 100 mg/dl

A. Exame: Glu: 100 mg/dl

B. Exame: Glu: 100 mg/dl

C. Exame: Glu: 100 mg/dl

D. Exame: Glu: 100 mg/dl

E. Exame: Glu: 100 mg/dl

F. Exame: Glu: 100 mg/dl

G. Exame: Glu: 100 mg/dl

H. Exame: Glu: 100 mg/dl

I. Exame: Glu: 100 mg/dl

J. Exame: Glu: 100 mg/dl

K. Exame: Glu: 100 mg/dl

L. Exame: Glu: 100 mg/dl

M. Exame: Glu: 100 mg/dl

N. Exame: Glu: 100 mg/dl

O. Exame: Glu: 100 mg/dl

P. Exame: Glu: 100 mg/dl

Q. Exame: Glu: 100 mg/dl

R. Exame: Glu: 100 mg/dl

S. Exame: Glu: 100 mg/dl

T. Exame: Glu: 100 mg/dl

U. Exame: Glu: 100 mg/dl

V. Exame: Glu: 100 mg/dl

W. Exame: Glu: 100 mg/dl

X. Exame: Glu: 100 mg/dl

Y. Exame: Glu: 100 mg/dl

Z. Exame: Glu: 100 mg/dl

A. Exame: Glu: 100 mg/dl

B. Exame: Glu: 100 mg/dl

C. Exame: Glu: 100 mg/dl

D. Exame: Glu: 100 mg/dl

E. Exame: Glu: 100 mg/dl

F. Exame: Glu: 100 mg/dl

G. Exame: Glu: 100 mg/dl

H. Exame: Glu: 100 mg/dl

I. Exame: Glu: 100 mg/dl

J. Exame: Glu: 100 mg/dl

K. Exame: Glu: 100 mg/dl

L. Exame: Glu: 100 mg/dl

M. Exame: Glu: 100 mg/dl

N. Exame: Glu: 100 mg/dl

O. Exame: Glu: 100 mg/dl

P. Exame: Glu: 100 mg/dl

Q. Exame: Glu: 100 mg/dl

R. Exame: Glu: 100 mg/dl

S. Exame: Glu: 100 mg/dl

T. Exame: Glu: 100 mg/dl

U. Exame: Glu: 100 mg/dl

V. Exame: Glu: 100 mg/dl

W. Exame: Glu: 100 mg/dl

X. Exame: Glu: 100 mg/dl

Y. Exame: Glu: 100 mg/dl

Z. Exame: Glu: 100 mg/dl

A. Exame: Glu: 100 mg/dl

B. Exame: Glu: 100 mg/dl

C. Exame: Glu: 100 mg/dl

D. Exame: Glu: 100 mg/dl

E. Exame: Glu: 100 mg/dl

F. Exame: Glu: 100 mg/dl

G. Exame: Glu: 100 mg/dl

H. Exame: Glu: 100 mg/dl

I. Exame: Glu: 100 mg/dl

J. Exame: Glu: 100 mg/dl

K. Exame: Glu: 100 mg/dl

L. Exame: Glu: 100 mg/dl

M. Exame: Glu: 100 mg/dl

N. Exame: Glu: 100 mg/dl

O. Exame: Glu: 100 mg/dl

P. Exame: Glu: 100 mg/dl

Q. Exame: Glu: 100 mg/dl

R. Exame: Glu: 100 mg/dl

S. Exame: Glu: 100 mg/dl

T. Exame: Glu: 100 mg/dl

U. Exame: Glu: 100 mg/dl

V. Exame: Glu: 100 mg/dl

W. Exame: Glu: 100 mg/dl

X. Exame: Glu: 100 mg/dl

Y. Exame: Glu: 100 mg/dl

Z. Exame: Glu: 100 mg/dl

A. Exame: Glu: 100 mg/dl

B. Exame: Glu: 100 mg/dl

C. Exame: Glu: 100 mg/dl

D. Exame: Glu: 100 mg/dl

E. Exame: Glu: 100 mg/dl

F. Exame: Glu: 100 mg/dl

G. Exame: Glu: 100 mg/dl

H. Exame: Glu: 100 mg/dl

I. Exame: Glu: 100 mg/dl

J. Exame: Glu: 100 mg/dl

K. Exame: Glu: 100 mg/dl

L. Exame: Glu: 100 mg/dl

M. Exame: Glu: 100 mg/dl

N. Exame: Glu: 100 mg/dl

O. Exame: Glu: 100 mg/dl

P. Exame: Glu: 100 mg/dl

Q. Exame: Glu: 100 mg/dl

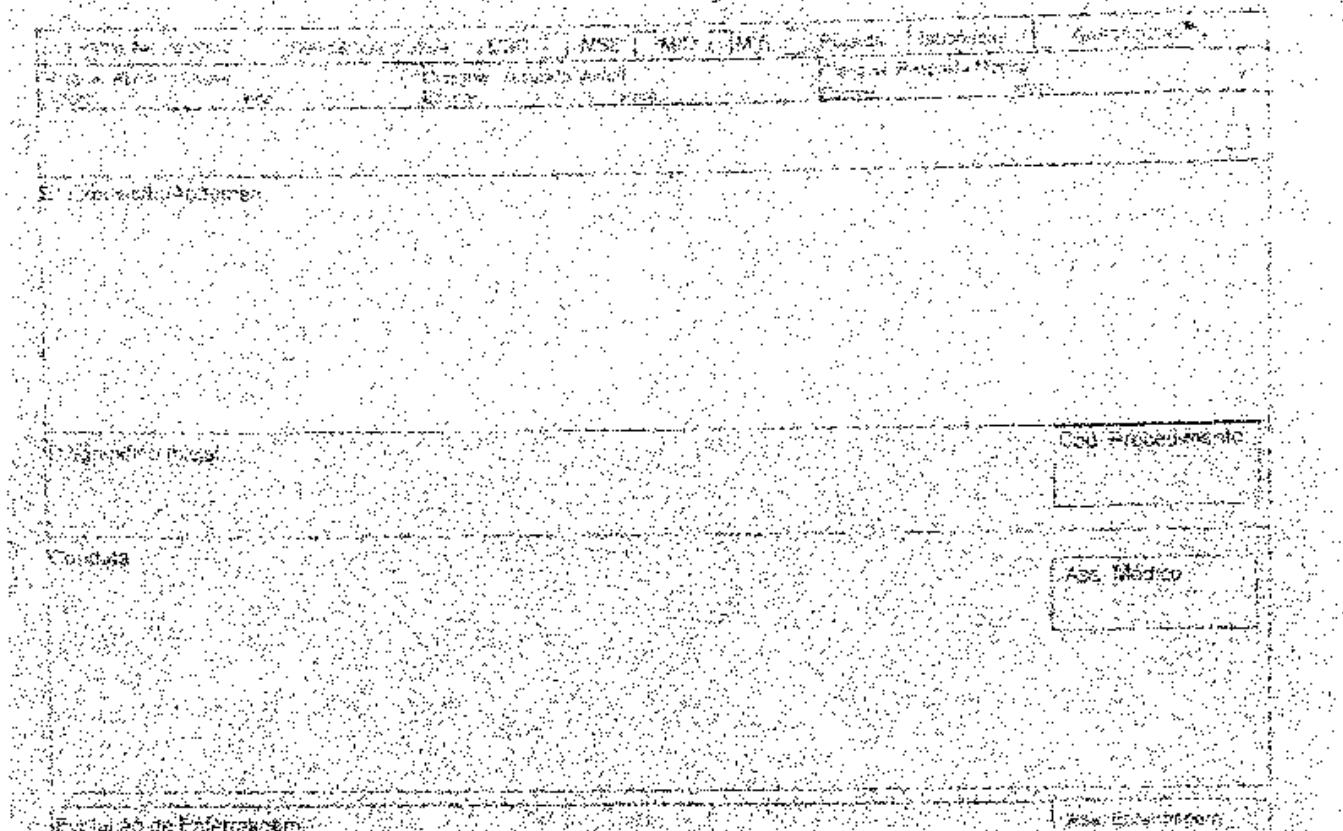
R. Exame: Glu: 100 mg/dl

S. Exame: Glu: 100 mg/dl

T. Exame: Glu: 100 mg/dl

U. Exame: Glu: 100 mg/dl

V. Exame: Glu: 100 mg/dl



Dynamical theory

Inter-Brasileira | China | Coreia | Centro de Alta Freqüência | Escola Secundária
Portuguesa | Univasf

Transformación para

Autovaçãoo para Alta / Intercâmbio / Transferência

Termo de responsabilidade para Internamento:

Queremos que las transferencias de su examen de

2000-2001
Mon 11/13/00

Neu- oder überarbeitete Arbeitsblätter

Termino de responsabilidad de alta a pedido

Aspuma é um fármaco que pode ser usado para retardar a retirada do paciente neste conceito. Tem como efeito atenuar os medicamentos.

est le seul moyen de faire que cette loi soit respectée en tout.

١٢٣

to present 2011

卷之三

BIBLIOGRAPHY

Assessments



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

RECEITUÁRIO

卷之三

Stamp 3553 215 days 900

Chemical synthesized

John Thompson

De la suite, je vous envoie

2 11005 Lom. 1955

2000 ft. above sea level

1930-74 (54)
1930-74 (54)

1960-1961 *Phasmas*
Africa + Asia

After season (3-12-2000)

DATA: *Journal of the American Statistical Association*, 1937, 32, 187-200.

Nota _____ MEXICO CRM _____

Resumen: Es un resumen general para el año.

Eleida Montero de Suárez

1st 1995 2nd CONCISO 69

Digitized by srujanika@gmail.com

ente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 14:36:59
43/14/Processo/ConsultaDocumentos/list)/view_secom2x_2000201426598720000067402629

43/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093014363987200000067492629
020000001402500700000000071000000



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora relativa da senta: 02/06/2019 20:07

Nome Paciente	JOSE VIEIRAS DO NASCIMENTO SR. 72
Cod. Paciente	
Data de Nascimento	1947/03/14
Sexo	MASCULINO
Idade	72
Sexo:	
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

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

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

AMARELO - URGENTE

AMARELO

Classe Fisiologica: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NA NOITE, ESTAVA SEM O SINAL DE SEGURO (SFI) FOLHOGA DO VACUOLAR. ATO DE FERRO DE CONCIENCIA. REFERE TONTURA.

Classificação: HOSPITAL REGIONAL DO NORDESTE
SENHA: 1407181

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

Diagnóstico Aditivo: HISTORIA DE INCOSCIENCIA?

Entendimento: NEURO cirurgia ADULTO

Escala Glasgow: GLASCOV ADULTO: 8
REGIA DE COR: 6

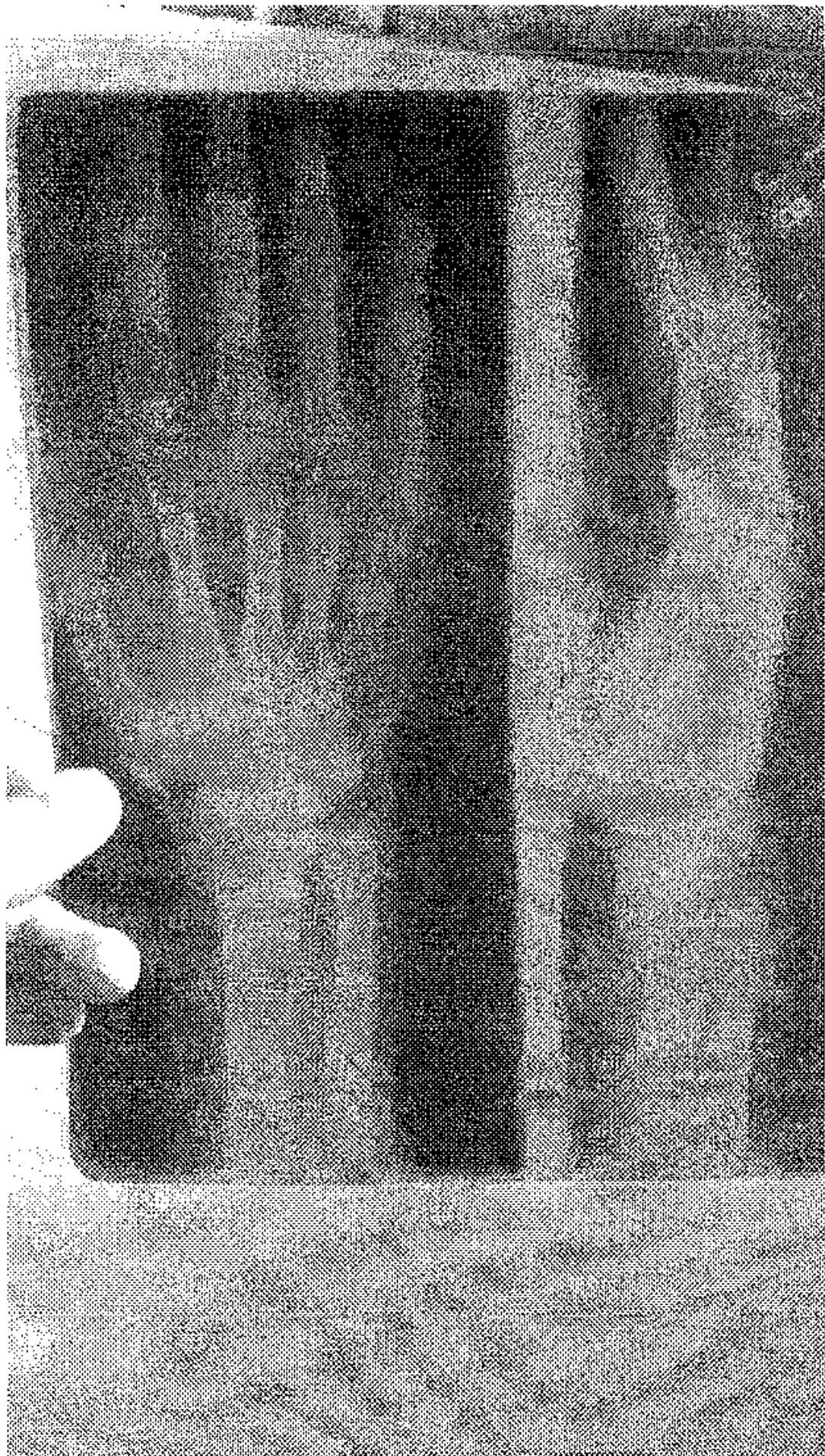
Assinatura por: MONICA GONCALVES FERREIRA - COREN: 354958 - ENFERMEIRO(A)

Data impressao: 02/06/2019 20:11

Sistema de Padrinamento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





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

Num. 68820198 - Pág. 17



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

Num. 68820198 - Pág. 18





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: ENDEREÇO NAO CONFIRMADO

Restrição 2: ARR MERC ERIK

Restrição 3: NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA

Restrição 4: INCLUSAO DE GRAVAME PENDENTE

Observação restrição:

Debitos:

IPVA: Sim Valor: 1.104,46

Licenciamento: Sim Valor: 952,95

Multas IPVA: Não Valor:

Multas: Não Valor:

DPVAT: Sim Valor: 21,44

Autuações em Tramitação: Não Valor:

Gravame

Baixa do gravame autorizada pelo Sistema Nacional de Gravames, compõe-se a uma Unidade de Atendimento do DETRAN, para solicitação de serviço de Sist. de Gravame, apresentando o veículo para visão, LSV original, fotocópia da identidade e CPF, comprovante de pagamento de taxas e multas, se houver. Não vedada a propriedade, apresentar a propriedade dentro das normas existentes. No caso de Locação, antes dos passos anteriores, siga as orientações do Banco Finançaria, bem como, alteração 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 **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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 22/06/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

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



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

Num. 68820198 - Pág. 22

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
VÍTIMA: 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 CONFIÓ 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 HÓSPITAIS 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

✓ 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 22/06/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

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



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

Num. 68820198 - Pág. 24

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 17/07/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

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

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

Num. 68820198 - Pág. 25



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, contados 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



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, retorno 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

00030512
Pag. 01/02/3/01024 - carta_09 - INVALIDEZ

Carta nº 15957797



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

Num. 68820198 - Pág. 28



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do RG/Vitima ou AGL: **099.577.264-98** 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: **JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA** 6 - CPF: **099.577.264-98**
 7 - Profissão: **REC. INE** 8 - Endereço: **SL MILHÃES** 9 - Número: **23** 10 - Complemento: **CEP**
 11 - Bairro: **TONA RURAL** 12 - Cidade: **VERTENTES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55770-000**
 15 - E-mail: **l** 16 - Tel. (DDO): **8199.9161-3907**

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"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$ 100 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 BANCARIOS: BENEFICIÁRIO/DO/INDEMNIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA/INDEMNIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Preencha uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todas as contas):

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **4637** CONTA: **17.109** (3) (Inserir o número existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, ou minha filha, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVA, o que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, queação total de vulto 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 atende 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.

Notifico o prosseguimento no anexo 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 avaliação médica presencial, caso necessário, às curtos de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículos automotores, 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 concorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: **PE** 24 - Cidade de vítima: **VERTENTES** 25 - Grau de Parentesco com a vítima: **26 - Vítima deixou companheiro(a):** Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tem filhos, informar Vivos: Sim Não Falecidos: **30 - Vítima deixou residência/centro:** Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Vítima: Sim Não 33 - Se tem irmãos, informar Vivos: Sim Não Falecidos: **34 - Vítima deixou país/áreas vivos?** Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem seu conceito, esclarecendo, ainda, de que quaisquer emissões ou declarações não verdadeiras poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - **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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura do testemunha

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

JOSE WEBSTER DO NASCIMENTO SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2015

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: Nº 19028998B01



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



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



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvalseguro.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



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

Num. 68820198 - Pág. 30



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO 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

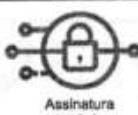
Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



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 3B9ED56827E7FDCE0A43083737057C.

191





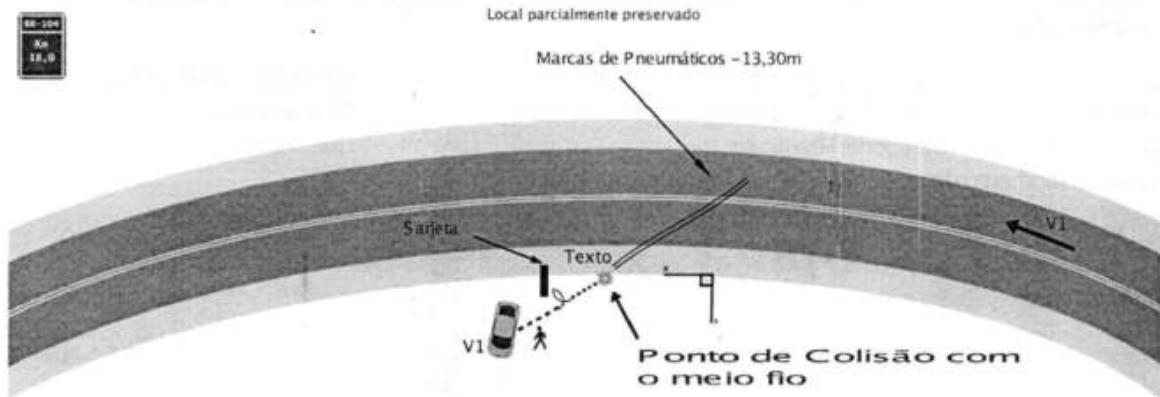
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19028998B01

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - KKS3287 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

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

Renavam: 00868247260

Ano fabricação: 2005 Chassi: 9BGRZ08906G147153

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Azul

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



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 3B9ED5827E7FOCE0A43083737057C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19028998B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 N° 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 da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabat/autenticar>, informando o protocolo 19028998B01 e o número de controle 3B9ED56827E7F0CE043083737057C.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 FÁBIO REGO, matrícula 1480868, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, conforme horário oficial da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19028998B01 e o número de controle 389ED56827E7F0CE0A43083737057C.

191

