

PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HAYSLAN PEREIRA DE MOURA, Brasileiro, Divorciado, portador da cédula de identidade nº 4.991.495 SSP/PE e CPF nº 035.437.524-56 residente e domiciliado na Rua Alagoas, nº 121-B, Ipsep, Recife-PE, CEP 51.350-560.

OUTORGADO: ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE sob o nº 35.432-D, CPF: 010.130.054-90, e com endereço profissional a Rua José de Alencar, nº 522, sala 02, Boa Vista, Recife-PE, CEP: 50.070-075.

PODERES: Os das cláusulas "ad judicial et extra", podendo desistir, receber, dar quitação, bem como receber alvará judicial, transigir, firmar acordo e compromisso, requerer, **renunciar**, impetrar quaisquer medidas judiciais para defender os interesses do(s) Outorgante(s), e tudo mais que se fizer necessário para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva os poderes aqui outorgados.

DECLARAÇÃO DE AJG: Declaro sob as penas da lei, que não estou em condições de arcar com às custas e taxas judiciais, requerendo os benefícios da justiça gratuita nos termos da Lei nº 1.060/50 c/c a Lei 7.115/83..

TERMO DE AUTORIZAÇÃO: Eu, OUTORGANTE, HAYSLAN PEREIRA DE MOURA, autorizo a este juízo a reter o valor dos honorários contratuais no percentual de 30% (trinta por cento), nos eventuais requisitórios que sejam expedidos em meu nome, a favor do OUTORGADO, ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE sob o nº 35.432-D, CPF: 010.130.054-90, sejam por determinação judicial mediante Sentença com a devida homologação ou mediante acordo firmado entre as partes, sem prejuízo dos honorários de sucumbência.

Recife, 18 de junho de 2019.


HAYSLAN PEREIRA DE MOURA
OUTORGANTE

Recife / Boa Vista

☎ 81 3034.1688 / 81 99945.8474 ☎

✉ contato@pessoatome.adv.br / Pessoaatome.adv.br 🌐

Rua José de Alencar, nº 522 Sl 02 - Boa Vista - Recife/PE
Edf. Visconde de Goiana

Recife / Afogados

☎ 81 3127.0015 / 99653.5127 ☎

✉ afogados@pessoatome.adv.br

Rua João Carlos Guimarães, nº 144 - Afogados - Recife/PE
1º Andar - Sl 101/103/104

Scanned by CamScanner

PESSOA TOMÉ

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviço de Natureza Jurídica, que entre si fazem, de um lado o **CONTRATANTE: HAYSLAN PEREIRA DE MOURA**, Brasileiro, Divorciado, portador da cédula de identidade nº 4.991.495 SSP/PE e CPF nº 035.437.524-56 residente e domiciliado na Rua Alagoas, nº 121-B, Ipsep, Recife-PE, CEP 51.350-560., e do outro lado os **CONTRATADOS: Dr. ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE sob o nº 35.432-D, com endereço profissional a Rua Jose de Alencar, nº 522, sala 02, Boa Vista, Recife/PE, CEP 50.070-075, denominado CONTRATADO, têm em si, justos e convenientes o presente instrumento, tudo de acordo com as cláusulas que seguem relacionadas:

Cláusula Primeira - O contrato tem como objeto, a prestação de serviço de Natureza Jurídica.

Cláusula Segunda - A prestação do referido serviço se detém à participação do Advogado nos seguintes atos: Acompanhamento da Ação até o duto pronunciamento da decisão monocrática em 1ª instância.

Cláusula Terceira - Caso tenham o interesse de desistir do referido contrato, ambas as partes terão que avisar com antecedência mínima de 30 dias, tomando por base a data da celebração do respectivo contrato por tempo determinado, devendo ser pago todos os serviços até então realizados de acordo com o que foi determinado entre as partes contratantes. Caso haja o descumprimento da cláusula, a parte que descumprir pagará o equivalente a QUATRO (04) salários mínimos;

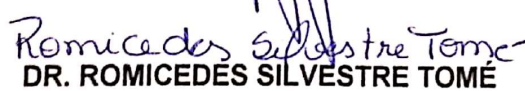
Cláusula Quarta - Pela prestação dos serviços advocatícios, eu, OUTORGANTE, HAYSLAN PEREIRA DE MOURA, autorizo a este juízo a reter o valor dos honorários contratuais no percentual de 30% (trinta por cento), nos eventuais requisitórios que sejam expedidos em meu nome, a favor do OUTORGADO, ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE sob o nº 35.432-D, CPF: 010.130.054-90, sejam por determinação judicial mediante Sentença com a devida homologação ou mediante acordo firmado entre as partes, sem prejuízo dos honorários de sucumbência.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento, em 02 (duas vias) de igual teor e forma, o qual de agora em diante passará a vigorar.

Recife, 18 de junho de 2019.


HAYSLAN PEREIRA DE MOURA

CONTRATANTE


DR. ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ

CONTRATADO

Recife / Boa Vista

☎ 81 3034.1688 / 81 99945.8474 ☎

✉ contato@pessoatome.adv.br / Pessoaatome.adv.br 🌐

Rua José de Alencar, nº 522 Sl. 02 - Boa Vista - Recife/PE
Edif. Visconde de Goiana

Recife / Afogados

☎ 81 3127.0015 / 99653 5127 ☎

✉ afogados@pessoatome.adv.br

Rua João Carlos Guimarães, nº 144 - Afogados - Recife/PE
1º Andar - Sl 101/103/104

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

EC-6

CARTEIRA DE IDENTIDADE



FOLGARTILHO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.991.495

DATA DE EMISSÃO 25/09/2012

NOME << MAYSLAN PEREIRA DE MOURA >>

RELACÃO << JOSÉ PEREIRA DE MOURA >>
<< MARIA DE FÁTIMA DE MOURA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 02/07/1977

DOC ORIGEM << CC.1660 L.B7 F.60 CART.15ºDIST. >>

RECIFE-PE 15.12.2004 >>

GPF 035.437.524-56

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-52 21/2/9 - IIX



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLAUDIO COUTINHO DE SENA NETO,
RG nº 4491525, data de expedição 09/02/2015
Órgão LTB, portador do CPF nº 030.347.864-09, com
domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DERMIDO M. DA FIDELIZAÇÃO, nº 425
complemento APTº 204, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima HAYSLAN PEREIRA DE MOURA, cujo o condutor era
HAYSLAN PEREIRA DE MOURA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / XRE 300

Ano: 2014

Placa: 0YN 6238

Chassi: 9CZND1110E2025124

Data do Acidente: 09-09-2018

Local e Data: RECIFE, 21-03-2019

Claudio Coutinho de Sena Neto
Assinatura do Declarante

Hayslan P de Moura

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



EC-2



Claudio Coutinho de Senna Neto



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.791.525

09/02/2015

<< CLAUDIO COUTINHO DE SENNA NETO >>

<< LUCIENE CRUZ DE SENNA >>

RECIFE - PE

06/10/1978

0015096 65 RECIFE

030.347.864-09





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0008043-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

HAYSLAN PEREIRA DE MOURA

CPF 035 437 524-58

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALAGOAS 121 - B

IPSEPE/RECIFE

RECIFE PE

51350-580

CÓDIGO DE BARRAS

DATA DE EMISSÃO

7018027997

05/2019

24/05/2019

17/06/2019

50,88

SP DA NOTA FISCAL	CLIENTE	CONDIÇÃO
00000000	UNICA	17/06/2019
17/06/2019	2013707818	8018029

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	80,0000000	0,78742173	47,24
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,49
Multa por atraso NF 038771051 - 20/11/18			0,34
Multa por atraso NF 058844848 - 17/04/19			0,93
Juros por atraso NF 058844848 - 17/04/19			0,25
Juros por atraso NF 038771051 - 20/11/18			0,95
Atualização ICMS NF 058844848 - 17/04/19			0,20
Atualização ICMS NF 038771051 - 20/11/18			0,38

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 23/07/2019 16:25:51

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072316255132300000047469586>

Número do documento: 19072316255132300000047469586

Num. 48208803 - Pág. 1



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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190257592

Vítima: HAYSLAN PEREIRA DE MOURA

Data do Acidente: 09/09/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HAYSLAN PEREIRA DE MOURA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Scanned by CamScanner





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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190257592
Vítima: HAYSLAN PEREIRA DE MOURA
Data do Acidente: 09/09/2018
Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HAYSLAN PEREIRA DE MOURA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Scanned by CamScanner





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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190257592

Vítima: HAYSLAN PEREIRA DE MOURA

Data do Acidente: 09/09/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HAYSLAN PEREIRA DE MOURA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Scanned by CamScanner



AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO

☒ PROCESSO NOVO ☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Nº DO SINISTRO

COBERTURA RECLAMADA: ☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

☐ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☐ PROCURADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE: HAYSILLAN PEREIRA DE MOURA

CPF: 035-432-524-56 ENDEREÇO: RUA ALAGONS Nº: 121

COMPL.: _____ CEP: 51-350-560 BAIRRO: IPSEP

CIDADE: RECIFE ESTADO/UF: PE

TELEFONE DE CONTATO: (81) 988730873 e-mail: _____

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: 09/09/2018 Nº DO BOLETIM: _____

DELEGACIA: DELEGACIA - IPSEP ESTADO/UF: PE

DATA DO SINISTRO: 09/09/2018

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: ☒ TRANSPORTADO ☐ NÃO TRANSPORTADO ☐ MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? ☒ SIM ☐ NÃO PLACA: PYV 3870-PE TIPO DE VEÍCULO: VERSA BRANCA

3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE ☒ CONTA POUPANÇA BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº DA AGÊNCIA: 1582-OR.013 Nº DA CONTA: 00005106-3

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: HAYSILLAN PEREIRA DE MOURA

CIC/CPF: 035-432-524-56 ENDEREÇO: RUA ALAGONS Nº: 121

COMPL.: _____ CEP: 51-350-560 BAIRRO: IPSEP

CIDADE: RECIFE ESTADO/UF: PE

TELEFONE DE CONTATO: (81) 988730873 e-mail: HAYSILLANMOURA2@GMAIL.COM

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

RECIFE 21-03-2019
LOCAL E DATA

Haysillan P de Moura
ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:

GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE Av. Carlos Gomes 350 - Boa Vista CEP: 90040-000 Fone: (51) 3027-8888 / (51) 3027-8478	GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP Av. 9 de Julho 432 - Jardim Paulista CEP: 04086-000 Fone: (11) 3894-1477	GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS/SC Rua Aníbal Vaz O. Sato, 433 - Leão 05 - Centro CEP: 88071-750 Fone: (48) 3241-9290 / (48) 3241-9299	GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ Rua Sotero de Seixas, 98 - Loja P - Centro CEP: 20059-092 Fone: (21) 2549-4483 / (21) 3540-4485	GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 525 - Centro CEP: 30420-800 Fone: (41) 3079-4644 / (41) 3079-4345	GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG Avenida Brasil, 584 - Loja 07 - Funcionários CEP: 30140-003 Fone: (31) 3535-4897 / (31) 3535-4899
--	---	--	---	---	---

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	035.437.524-56	HAYSLAN PEREIRA DE MOURA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
HAYSLAN PEREIRA DE MOURA		035.437.524-56
Profissão:	Endereço:	Número:
GARÇON	RUA ALAGAS	429
Bairro:	Cidade:	Estado:
IPSEP	RECIFE	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
HAYSLANMOURA123@HOTMAIL.COM.BR	51.350.560	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1582 ☐ CONTA: 0005106 ☐ 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
Assinatura
Assinatura
Assinatura

Local e Data, 21-03-2019

Nome: HAYSLAN PEREIRA DE MOURA

CPF: 035.437.524-56

Assinatura de quem assina a RCGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: DENISE MARIA DE SANTANA

CPF: 326.758.284-51

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RCGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Marys Fanylene de Mena
Data do Acidente: 09/03/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Marys Fanylene de Mena
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 030.497.324-76
E-mail: marys.fanylene@gmail.com Tel.: 1439730873
Data: 09/03/2019 Assinatura: _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): Correios de Itaquaquecetuba
Atendente: Regina Mendes Matrícula: 8504185246
Data: 09/03/2019 Assinatura: _____

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 32302037 - AC PADRE CARAPUCEIRO
RECIFE
CNPJ: 34028316045980 Ins. Est.: 001436007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF: 09248608000104
Doc. Post.: 318432532
Contrato: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 25/03/2019 Hora: 15:24:16
Caixa: 90 Matrícula: 85048836
Lancamento: 012 Atendimento: 00007
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1618153867

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26
Valor do Porte(R\$):		23,26
Peso real (g):		200
CNPJ/CPF Remet: 03543752456		
Nome Remetente: HAYSLAN PEREIRA DE MOURA		
Endereço Remet.: RUA Rua Alagoas, 121 - Ips		
Cont. Endereço: ep		
Cep Remetente: 51350-560		
Cidade Remet.: RECIFE		
UF Remet.: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00
Valor do Porte(R\$):		29,00
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (g):		100
OBJETO: 0A0005562210R		

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (PM), será acrescida 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG:
Ass. Responsável:

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (PM), será acrescida 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6530/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete deste comprovante, para eventual contato com os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 32302037 - AC PADRE CARAPUCEIRO
RECIFE - PE
CNPJ: 34028316045980 Ins. Est.: 001436007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF: 09248608000104
Doc. Post.: 323354304
Contrato: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 26/04/2019 Hora: 15:15:40
Caixa: 91406972 Matrícula: 85048836
Lancamento: 012 Atendimento: 00007
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1634884821

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26
Valor do Porte(R\$):		23,26
Peso real (g):		200
CNPJ/CPF Remet: 03543752456		
Nome Remetente: HAYSLAN PEREIRA DE MOURA		
Endereço Remet.: RUA Rua Alagoas, 121 - Ips		
Cont. Endereço: ep		
Cep Remetente: 51350-560		
Cidade Remet.: RECIFE		
UF Remet.: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00
Valor do Porte(R\$):		29,00
Cep Destino: 20011-904 (RJ)		
Peso real (g):		200
OBJETO: 0A0005562456BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG:

Ass. Responsável:

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6530/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete deste comprovante, para eventual contato com os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Serviço de Eletroencefalograma

Código: 01810
Nome: HAYSLLAN PEREIRA DE MOURA
REGISTRO: 868719
Nascimento: 02/07/1977
Idade: 41 anos e 10 meses
Convênio: SUS
Sexo: Masculino
Lateralidade: Direita
Data do Exame: 13/05/2019
Hora do Exame: 08:48:49
Solicitante: DRA. ADRIANA LIMA
Medicação: SIM
Observação:
Epilepsia
PC

DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO DE EEG

Foi realizado um eletroencefalograma com análise do espectro de frequências do sinal, utilizando 20 eletrodos de superfície, seguindo o modelo internacional 10-20.

O equipamento empregado no exame possui amplificadores com constantes de tempo ajustáveis, precisão de conversão de 12 bits.

O programa utiliza épocas de 2,56 segundos, e portanto calculou as componentes de frequência com precisão de 0,390625 Hz.

EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO COMPUTADORIZADO

Exame feito em boas condições de cooperação, paciente em repouso.

Eletroencefalograma revelou como achado um discreto aumento dos ritmos teta posteriores de provável origem medicamentosa.

Não foram registradas atividade paroxística patológica ou outras anormalidades durante o repouso. A hipernéia não trouxe novos elementos de valor diagnóstico.

Danielle Calado
Neurologia
CRM/PE 9698
CNS.1243727621300001

Av. Governador Agamenon Magalhães, S/N, Derby-PE
Telefone: (81) 3181-5547

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1380331

Nome: Mayara Pereira de Moura

Foi atendido às _____ h do dia 01 / 02 / 19

Diagnóstico Provável TCR leve

_____ data da alta 01 / 02 / 19

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

~~Unidade de Atendimento de NEUROTRAUMATOLOGIA~~

Observação: Ata da NCR

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 5º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357
www.cartoriodeafogados.com.br

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia xerográfica extraída
neste servidor, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 20 de fevereiro de 2019 14:44:10.
Emtestemunho _____ de Verdade.
Edilson Silva Braga (Escritor Autorizado)
Emel.: R\$ 2,90 TNSR: R\$ 1,10 Total: R\$ 4,00
Selo: 0077603.MKC02201901.01792

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autodigital



Scanned by CamScanner



118833



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE AREIAS

AV. RECIFE, 801 AREIAS - RECIFE TELE.: 3182.3000

NOME:

REGISTRO:

IDADE:

DATA: / /

Trauma
RX E IMAGEM

Haysthan Pereira

de Sousa, 41 anos,

Vítima de acidente

de moto em 09/18

ficando internado no

HE por 30 dias.

Desde então apresenta

dores no ombro D.

Rx ombro ->

Fratura de

Clavícula

24/01/19

DATA

Dra. Eliane Albuquerque
Clínica Médica
CRM 6646

ASS.: MÉDICO - CRM
ODONTOLOGO - CRO

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3426-1357
www.cartoriodeafogados.com.br

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída
nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.

Recife, 20 de fevereiro de 2019 14:44:16.

Emtestemunho da verdade.

Edilson Silva Braga (Escrivão Autorizado)

Emol.: R\$ 2,00 TNSM: R\$ 4,00 Total: R\$ 6,00

Selo: 0077603.FZY0226190101787

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital



Scanned by CamScanner

- ✓ Acupuntura
- ✓ Cardiologia
- ✓ Clínica Médica
- ✓ Dermatologia
- ✓ Eletrocardiograma
- ✓ Exames Preventivos
- ✓ Endócrino

- ✓ Exames Laboratoriais
- ✓ Fonoaudiologia
- ✓ Fisioterapia
- ✓ Gastroenterologia
- ✓ Ginecologia
- ✓ Medicina do Trabalho

- ✓ Neuropediatria
- ✓ Neurologia
- ✓ Nutricionista
- ✓ Ortopedia
- ✓ Otorrino
- ✓ Pediatria

- ✓ Psicologia
- ✓ Psiquiatria
- ✓ Reumatologia
- ✓ Urologia
- ✓ Endoscopia
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Vascular

Especialidades

"Cuidando de você"

P/Hayllon P. de Moura
Louco por Vida #
Paciente com história de acidente
de moto em setembro de
2018 com trauma em ombro
direito. Apresenta fratura
de escápula direita. Fratura
distal de amplitude de movimento
do ombro direito limitado.
CID-10: S542.1

7/2/19

Dr. Cício Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 5508

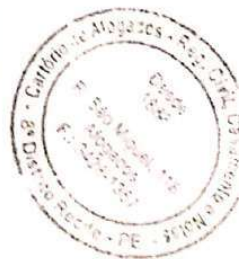
+Saúde
Centro Médico

Rua Gervásio Pires, 252-A | CEP: 50060-090
Boa Vista | Recife | PE
3423.8261 | 81 9.8636.0805
maissauderecife@gmail.com

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registre-se no Cartório de Afoogados - 8º Distrito Judiciário do Recife - PE
www.cartorio8adogados.com.br

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída
nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 20 de fevereiro de 2019 14:44:18.
Emtestemunho da verdade.
Edilson Silva Braga (Escrevente Autorizado)
Emol.: R\$ 2,90 INST.: R\$ 1,10 Total: R\$ 4,00
Selo: 0077503.KVU02201901.01789



Consulte a autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital

Scanned by CamScanner

GEORGE CARTAXO
NEUROCIRURGIA
Membro Titular Sociedade Brasileira de Neurocirurgia SBN
"Fellow" World Federation of Neurosurgical Societies
Especialista em tratamento cirúrgico de Doença de Parkinson

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente HAYSLAN PEREIRA DE MOURA apresenta sequela de um TCE não cirúrgico (CONTUSÕES FRONTAIS).

Ficou internado no HR por um período de 10 dias sendo posteriormente transferido para o Hospital Tricentenário.

Pct apresenta alteração comportamental + déficit cognitivo e foi iniciado tratamento com Quetiapina 25 mg VO 12/12 hrs + acompanhamento ambulatorial

Pct apresentando limitação funcional devido ao atual quadro clínico e deverá permanecer afastado pelo período de 90 (noventa dias) para recuperação funcional.

CID : S06 + T905

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 3º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais - 10111111 - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3423-1357
www.cartorio3degados.com.br

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 20 de fevereiro de 2019 14:44:18.
Em testemunho da verdade.
Edilson Silva Braga (Escrivente Autorizado)
Escr.: R\$ 2,90 TNSR: R\$ 1,10 - Total: R\$ 4,00
Selo: 0077503.ETU02201901.01788

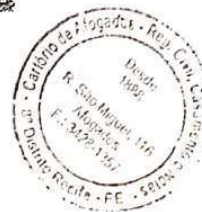


Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

Recife, 20/02/19

George Cartaxo
Neurocirurgião
CRM 13.393/PE

GEORGE CARTAXO
Neurocirurgia Funcional
CREMEPE 13.393



Rua Antonio Gomes de Freitas, Hospital Esperança, 5 Andar - Ilha do Leite - Recife - PE
FONES 81 3216 3131/31317892/31317893

Scanned by CamScanner



Boa Vista
MEDICAL CENTER

Alergologia
Cardiologia
Clínica Médica
Dermatologia
Endocrinologia
Esteticista
Exames Preventivos
Fonoaudiologia
Ginecologia
Mastologia
Medicina do Trabalho
Neurologia
Nutricionista
Oftalmologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Parecer Cardiológico
Pediatria
Psiquiatria
Pneumologia
Psicologia
Reumatologia
Urologia

Haydellam Pereira de Moura.

Aviso para os alunos fies
que o pol. suscitado foi
vitimo de ALE não civis e
vem apresentando atitudes compor-
tamental.

Devera se afastar de nos ovinos
labores no periodo de 15 (quize
dias) a partir do dia 18/01/19.
cin: 506.

18/01/19.

George Canaxo
Neurologia
CRM 13303

Rua Gonçalves Maia, 186 - Boa Vista - Recife - CEP 50.070-125
Fones: (81) 3059.1045 - 3059.1011 Whatsapp: 98184.9047
E-mail: gerencia@boavistamedicalcenter.com.br

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DA POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROFESSOR ARMANDO SAMICO

09/04/19
Hocintello



Dados da Origem:

Nº PROTOCOLO: 607383

Requisição: D607383/2018 - DELEGACIA DE POLICIA DA 009A, CIRCUNSCRICAO - IPSEP - RECIFE

REQUISITANTE: CIODS CIODS



Identificação do Laudo: 70ms1bxe28K73TPXJWcY_vszKmaNq8H8XSm-7YOTTbE1

GGPOC - IC - ICPAS (Recife) - UNICOPLAN

Laudo Pericial: 29.276/2018

Dados do exame:

NATUREZA: COLISÃO
LOCAL DO EXAME: RUA ODORICO MENDES, Nº 700, CAMPO GRANDE - RECIFE
DATA DO EXAME: 10/09/2018
ENVOLVIDO(S): X - XX

Destinatário:

09ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL - IPSEP

PERITO(A) CRIMINAL: Dr(a). SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA

ACOMPANHA(M) PEÇA(S) COM LACRE(S) DE SAÍDA:

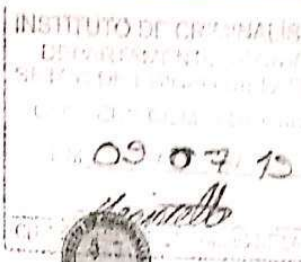
Nº X
Nº XX

Rua Odorico Mendes, nº 700, Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 3183-5247 - Fax: (81) 3183-5233 - Email: lc@sds.pe.gov.br

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



EXAME PERICIAL EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO
CASO N° 29.276/2018

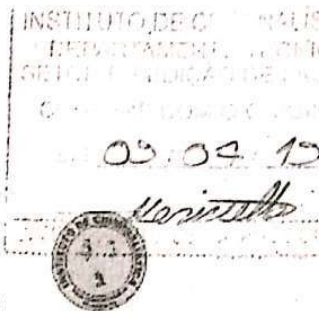
Rua, Odorico Mendes, nº 700 – Campo Grande – Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone : (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



EXAME PERICIAL EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO
LAUDO Nº 29.276/2018.

I – INTRODUÇÃO

DATA DA OCORRÊNCIA: Dia dez do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito (10/09/2018).

AUTORIDADE REQUISIANTE: Centro Integrado de Operações da Defesa Social (CIODS)

HORA DA SOLICITAÇÃO: A uma hora e cinquenta e sete minutos (01 h e 57 min.).

HORA DE CHEGADA AO LOCAL: Às duas horas e trinta e cinco minutos (02 h e 35 min.).

LOCAL: Cruzamento entre a Rua São Nicolau e a Rua Professor José Vicente, Bairro IPSEP, Recife/PE, Nona Circunscrição Policial (9ª).

NATUREZA DO FATO: Colisão entre veículos.

ENCERRAMENTO DOS EXAMES: Às três horas e vinte e cinco minutos (03 h e 25 min.) do mesmo dia.

II – DESCRIÇÃO

DAS CONDIÇÕES DO LOCAL: Tratava-se de um cruzamento entre a Rua São Nicolau e a Rua Prof. José Vicente, Bairro IPSEP, Recife/PE. A Rua São Nicolau, apresentava o Pavimento edificado por capeamento asfáltico, em regular estado de conservação, desenvolvia-se em reta e em nível, apresentava sentido duplo de circulação, Leste/Oeste, com largura que comportava duas faixas de circulação. A Rua Prof. José Vicente, apresentava o pavimento confeccionado por capeamento asfáltico, em regular estado de conservação, desenvolvia-se em reta e em nível. Apresentava duas faixas de circulação, separadas por um canal. Vale ressaltar que a Rua Prof. José Vicente apresentava placa imperativa de PARE (vertical), bem como no pavimento (PARE, no piso – na horizontal).

Quando da realização dos exames periciais, era durante a madrugada, tempo estava estável, pavimento estava úmido, visibilidade boa e o fluxo de veículo era regular.

III – VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO EVENTO

Denominou-se veículo V1 (Motocicleta Honda, XRE 300, cor predominante preta, ano de fabricação e modelo 2014, placa de matrícula OYN 6238-Recife/PE). Denominou-se veículo V2 (Nissan/Versa, placas de matrícula PYY 3870-Recife/PE).

Rua, Odorico Mendes, nº 700 – Campo Grande – Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone : (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 23/07/2019 16:25:51

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072316255172300000047470182>

Número do documento: 19072316255172300000047470182

Num. 48209499 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



-02-

III - SENTIDO DE TRÂNSITO DOS VEÍCULOS: O veículo V1 por seu condutor trafegava pela Prof. José Vicente, sentido Sul/Norte (Aeroporto/Areias). O veículo V2 por seu condutor trafegava pela São Nicolau Leste/Oeste (Imbiribeira/Ibura).

IV - PRESENTE AO LOCAL DO EVENTO: Encontrava-se no local aonde se deu o fato, O G. M. Feminino Zoraide, matrícula 79.042-4, VT 08, CTTU que fazia o isolamento da área.

DANOS MATERIAIS: O veículo V1 (OYN-6238/PE) exibia avarias no farol, roda metálica traseira, retrovisores, sinaleira traseira esquerda, empeno da bengala, carenagem esquerda. O veículo V2 (PYY-3870/PE) apresentava avarias nos faróis, para-choque dianteiro, para-lama dianteiro direito, grade do radiador, discreto amassamento no capô.

CONDUTORES DOS VEÍCULOS. O condutor do veículo V1 não se encontrava no local aonde se deu o fato. **IDENTIDADE DESCONHECIDA.** Apresentou-se como sendo condutor do veículo V2 o Sr. **OSÉIAS CABRAL DE BARROS**, portador da Carteira de Identidade Civil, nº 7.401.092-SDS/PE, prontuário 05692293440, Cat. AB, DETRAN/PE, com validade até o dia 25/09/2022.

VÍTIMA: O condutor do veículo V1, que foi socorrido.

TESTEMUNHAS: Não se apresentaram ao Perito Criminal durante a realização dos exames periciais.

V - ANÁLISE TÉCNICA

Com base na via, sentido de trânsito, sede e orientação das avarias, ponto de repouso final dos veículos (V1 e V2); o Perito Criminal pôde entender que o fato ocorreu quando o veículo V1 (Motocicleta Honda XRE 300, placa de matrícula OYN-6238/PE), por seu condutor trafegava pela Rua Prof. José Vicente, sentido Aeroporto dos Guararapes/Areias (Sul/Norte) e quando da chegada ao cruzamento com a Rua São Nicolau, colidiu com o setor lateral direito contra o setor anterior esquerdo (com orientação da esquerda para a direita) do veículo V2 (Nissan/Versa, placas de matrícula PYY-3870/PE), que por seu condutor trafegava pela Rua São Nicolau, sentido Imbiribeira/Ibura (Leste/Oeste).

Vale ressaltar que a Rua José Vicente exibia sinalização **vertical e horizontal (PARE)**. Portanto, os condutores que trafegam pela referida via obrigatoriamente deve dar preferência de passagem para que trafega pela Rua São Nicolau

Após o evento o veículo V1 repousou tombado à esquerda no leito da via (Rua Prof. José Vicente); enquanto o veículo V2 repousou na mesma direção e no mesmo sentido pelo qual trafegava, como mostra o desenho esquemático, em anexo.

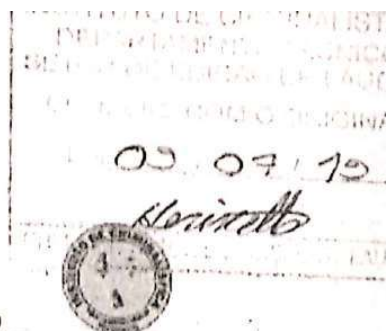
Rua, Odorico Mendes, nº 700 – Campo Grande – Recife - PE - CEP: 52.031-080
Fone : (81) 3303-2034 FAX: 3303-2022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO



IV – CONCLUSÃO

Com base nos exames realizados e tudo o quanto foi exposto no corpo do presente laudo, o perito signatário por ele responsável chegou às seguintes conclusões:

- a) em data e local descritos, houve um evento de trânsito envolvendo os veículos V1 (Motocicleta Honda XRE 300, placas de matrícula OYN-6238/PE), o veículo V2 (Nissan/Versa, placas de matrícula PYY-3870/PE);
- b) do evento resultou em avarias nos veículos (V1 e V2) e lesões no condutor da motocicleta que foi socorrido;
- c) a causa determinante da ocorrência de trânsito ora analisada coube ao condutor do veículo V1 (Motocicleta Honda XRE 300, placa de matrícula OYN-6238/PE), por **não obedecer à sinalização horizontal e vertical (PARE)** e adentrar no referido cruzamento sem a devida atenção, os cuidados necessários à segurança trânsito ao interagir com o veículo V2 (Nissan/Versa placas de matrícula PYY-3870/PE) provocou o evento.

V – ENCERRAMENTO

Eu, **Severino José de Arruda**, perito criminal deste Instituto, redigi o presente Laudo de Exame em Local de **COLISÃO**, encontra digitado no anverso de 03 (três) folhas de papel tamanho oficial a encimar o timbre do Estado de Pernambuco.

Ilustra-o, um desenho esquemático que segue anexado ao presente laudo e 22 (vinte e dois) fotografias que ficam arquivadas no Instituto de Criminalística.

Secretaria da Defesa Social – Gerência Geral de Polícia Científica
Instituto de Criminalística Prof. Armando Samico, em Recife, aos onze dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito (11/09/2018).

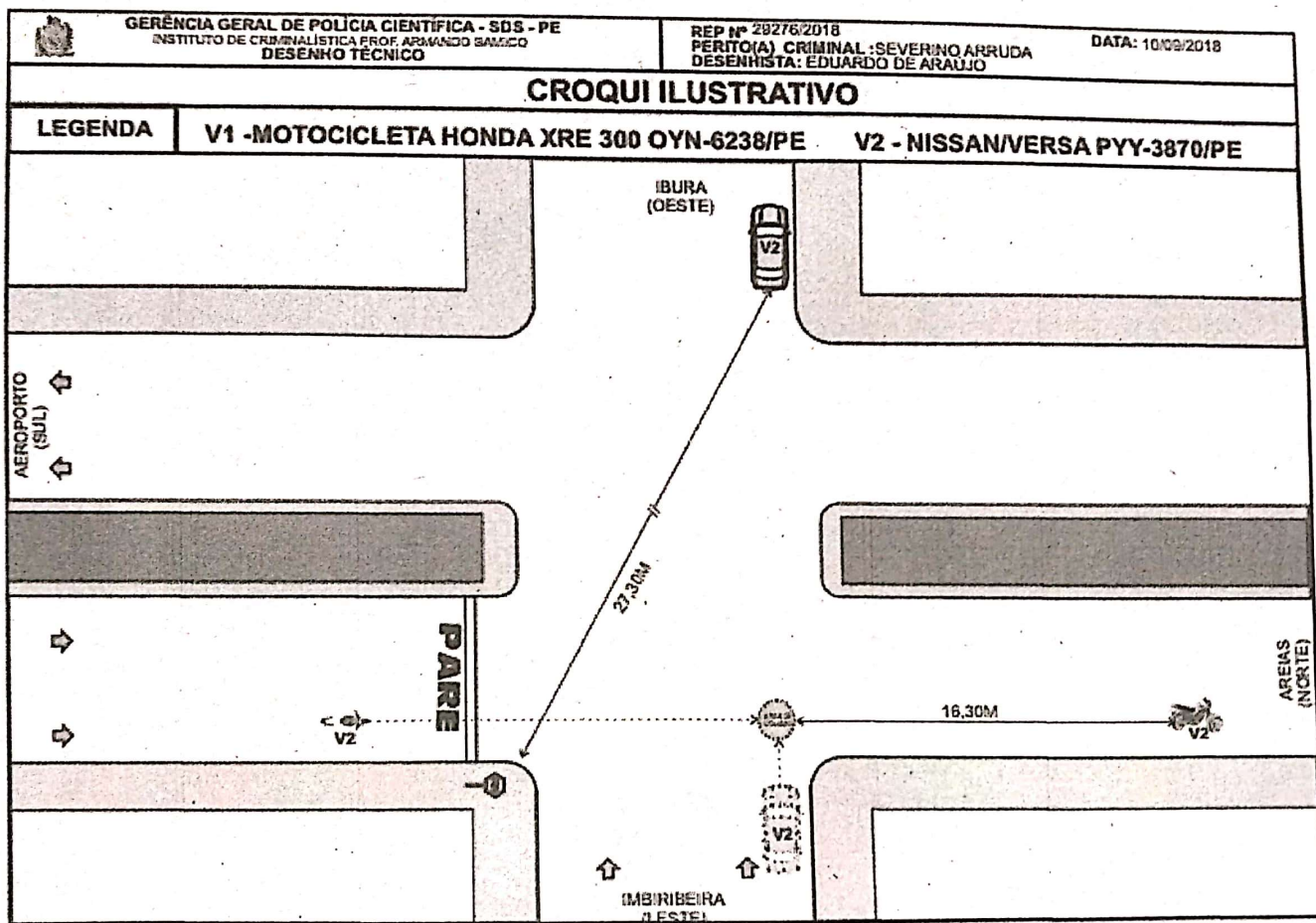
SEVERINO JOSE DE ARRUDA:
08424888472

Assinado digitalmente por SEVERINO JOSE DE ARRUDA:08424888472
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3,
OU=(EM BRANCO), OU=AR SERASA, CN=SEVERINO JOSE DE ARRUDA:08424888472
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: UNICOPLAN - RECIFE/PE
Data: 2018-09-18 10:48:47

Dr. SEVERINO JOSÉ DE ARRUDA
Perito Criminal

Scanned by CamScanner







Scanned by CamScanner





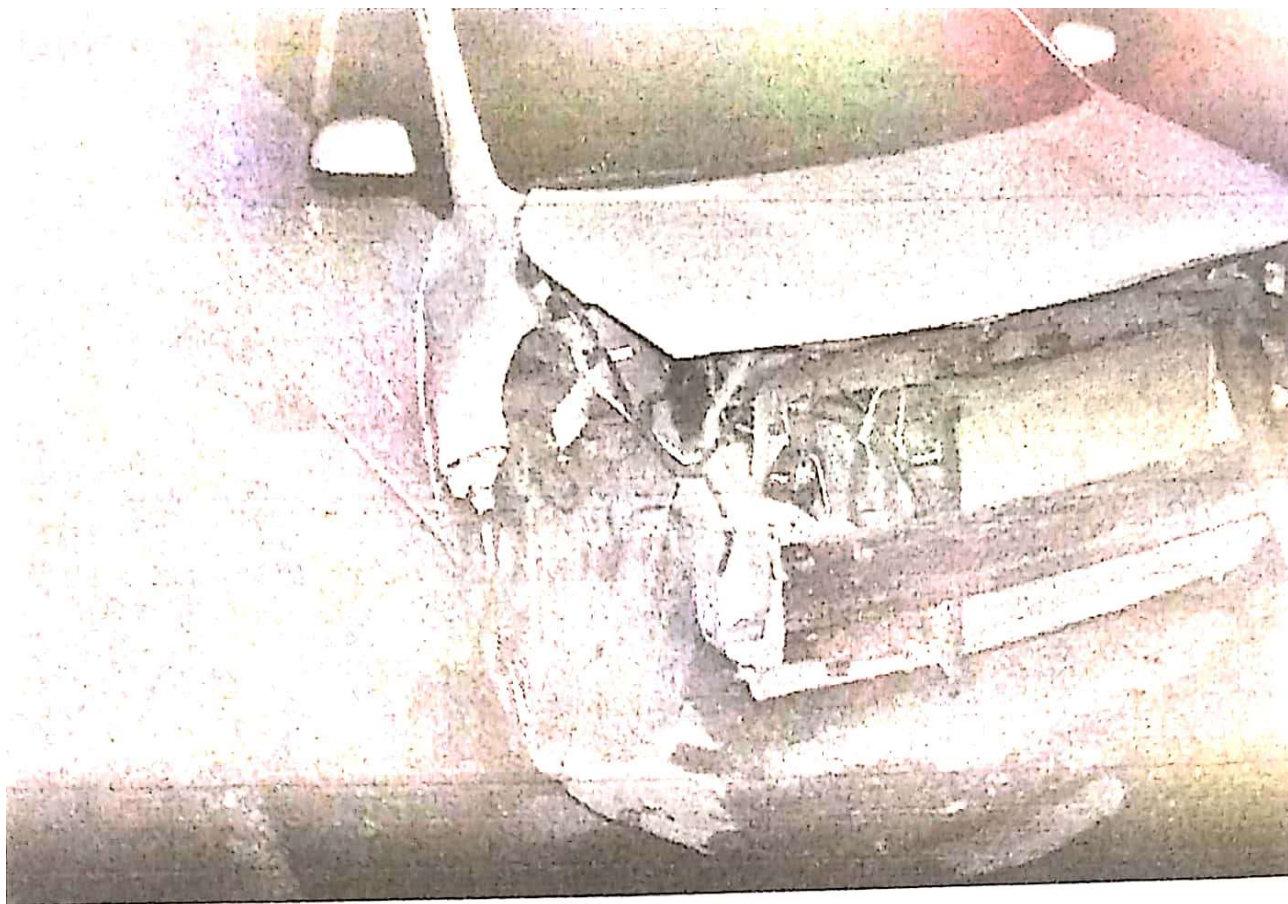
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner

