

Comprovante
de residência
da Zuhara



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 50000-902
CNPJ 10.835.932/0001-98 | Insc. Est. 0605943-53 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES FILICARPO DE SA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MIGUEL VITAL 108

CPF 763 421 984-72

CENTRO/BLIQUE

BUNQUE PE
54520-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	CORREÇÃO
057029588	05/04/2019	
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/04/2019	2000570111	486895

CÓDIGO CONTABILIZADO	PERÍODO
1142706020	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
12/04/2019	07/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	57,14

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	81,0030039	0,77338897	51,04
Contrib. Rum. Pública Municipal			3,25
ICMS Subvenção COE-PE 441548538-08/01/19			0,25
ICMS Subvenção CLER-PE 443415105-08/02/19			0,48
Multa por atraso NF 049488105 - 06/02/19			1,20
Juros por atraso NF 049488105 - 06/02/19			0,52
Atualização IGP-M NF 049488105 - 06/02/19			0,39

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO CONSUMIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
168793	CAT	08-03-2019	14 910,00	04-04-2019	14 984,00	37	1,00000		86,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Mês/Ano kWh ABR 19 08 MAR 19 05 FEB 19 02 JAN 19 02 DEZ 18 09 NOV 18 01 OUT 18 01 SET 18 00 AGO 18 05 JUL 18 48 JUN 18 53 MAY 18 58 ABR 18 76	BASE DE CÁLCULO ICMS 01,24 25,00 12,75 PIS 01,24 1,35 0,58 COPINS 01,24 5,31 3,18 TARIFAS APLICADAS Consumo Ativo (kWh) 0,52136000	Geração de Energia 18,40 30,17% Transmissão 4,28 4,47% Distribuição (Celpe) 10,86 20,60% Perdas de Energia 3,18 5,98% Encargos Setoriais 2,74 5,37% Tributos 15,81 29,54% Total 61,84 100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você também compra vivo air, chips sendo controlado e pago a vista e pelo celular 158 nos 10 dias de validade e também em vigor a Tarifa Social. Informações em www.celpe.com.br. Cobrança ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 38 428/13. O cliente é responsável quando há variação no consumo individual ou no nível de fornecimento. Paga em atraso para multa 25% (Regra 1 e 2). Anos 1 e 2 (Art. 10 e 11 do 435/02) e atualização monetária no preço. Para o Cliente e consumidor quando há descumprimento do prazo de entrega para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encargo do cliente será de 2 dias de pagamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no caso em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ABERTO DÍVIDAS, JUROS E INTERJES CAUSARÃO CORTE

VENC	DÍVIDA	JUROS	INTERJES	VENC	DÍVIDA	JUROS	INTERJES
15/05/19	05/04/19	56,38					

Este comunicado NÃO substitui envio de cartas, orientações e NÃO contém detalhes em discussão. Anular. Com a suspensão do fornecimento em caso de não pagamento, poderá ocorrer o encargo de contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os termos previstos no Art. 99 do 435/02. Poderão ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplentes de

Atenção: para obter informações sobre a situação da sua conta, acesse o site www.celpe.com.br ou ligue para 158.



ENTREBUIQUE
UNIQUE PE
9520-000

CONTA CONTRATO	MESIANO
7024032811	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PROVISÓRIA LEITURA
18/03/2019	08/04/2019
TAXA AL ATUALIZAR (20%)	
	97,78

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
053477220	1	11/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/03/2019	260006 CH2	0340003

DESCRICOES DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (kWh)
 Control: Ilum. F&A e Municipal
 ICMS sub-enc. ao CDE-UF 041955201.12/1375

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
1	0,75160324	87,28
		9,75
		0,74

RAGO

35 / 03 / 19

mer

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000471-1		01/01/1978	0	11/01/2010	54736	32	1,0000		116,00

HISTORICO DE CONSUMO

[illegible]

INFORMACIÓN: 111-1000

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR MPS
	27,79	20	5,56
	27,79	10	2,78
IS	27,79	10	2,78

CONCLUSIONS AND FUTURE RESEARCH

de Energia	R\$	27,06
do	R\$	4,21
do (Cotex)	R\$	18,73
de Energia	R\$	5,09
Setoriana	R\$	4,82
	R\$	26,79
	R\$	81,29

TAREAS APLICADAS

0.01

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. **Pragmática** (1980) - O primeiro livro de pragmática publicado no Brasil, de autoria de Carlos Castanheira.

414-0210, fax 414-0211.
 Serviços personalizados e gratuitos de
 atendimento e informação, para a
 consulta gratuita ao catálogo de
 livros e filmes.

[illegible]

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu DJONATHAN ROCHA MOREIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.135.894 / 23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JORCELANIO DE SA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.821.464 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima JORCELANIO DE SA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.821.464 / 73, 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	RUA: DR. JOÃO TECEMIO ALVES MACIEL		Número	55-A	Complemento	CASA	
Bairro	CENTRO	Cidade	BUIQUE	Estado	PE	CEP	56.520-000
Email	DJONATHAN_MOREIRA@HOTMAIL.COM			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		87199962-9739

RECIFE, 02 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

Djonathan Rocha Moreira
Assinatura do Declarante

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: YORCELANZODESÁ SILVA

Prontuário: 339218

Data: 26/05/19

Hora: 06:53

DIAGNÓSTICO:

① Fratura exposta da Diáfise de Tíbia Esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente de Alta Hospitalar da Ortopedia, sob orientação do Dr Marcelo Capela, orientado retorno ao ambulatório de Ortopedia na cidade de origem.

TRATAMENTO REALIZADO:

① Estabilização da Fratura exposta da Diáfise de Tíbia Esquerda com fixador tubo-a-tubo.

Alta Hospitalar: Data: 30/05/19

Hora: 15:00

Il. D. + Dr. Marcelo Capela

1888-756 1712

(18)

Junta de Regulação

5691986

~~de~~ HP - Junta Exposita

Hospital Regional do Agente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____

CRM Nº _____ UF: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: JOCELANTO DE SA SILVA

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

① NOVOPTAM 50mg _____ 02 CAIXAS
1 COMP. DE 818H. 20 DR INTENSA
② Celestina 500mg _____ 40 Comp.
1 COMP. DE 616H por 10 dias.

Dra. Sevilha Lorena
Médica Residente de
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26199

Data: 30.05.19

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo _____

Ident.: _____ Org. Emissor _____

End. Completo _____

Telefone _____

Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

**Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jorcelanio de Sá Silva**

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2019 a 30/05/2019

Registro: 339218

Diagnostico: Fratura Exposta de Tibia

Tratamento: Cirúrgico de Fratura Exposta Tibia.

OBS: Paciente Vítima de Atropelamento . CID:S822

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 23 de Agosto de 2019
109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236, Km 130
Indiápolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

***Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jorcelanio de Sá Silva***

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2019 a 30/05/2019

Registro: 339218

Diagnostico: Fratura Exposta de Tibia

Tratamento: Cirúrgico de Fratura Exposta Tibia.

OBS: Paciente Vítima de Atropelamento . CID:S822

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 23 de Agosto de 2019
09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JORCELANIO DE SA SILVA
Data Nasc.: 25/09/1992 Idade: 26 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898003432469715
Endereço: RUA MIGUEL VITAL Nº: 40
Bairro: SAO JOSE Cidade: BUIQUE Estado: PE
CEP: 56520000 Fone: 96197632 Profissão:
Nome da Mãe: ERIMAR MARIA DE SA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 26/05/2019 05:51

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Doença aguda, com dor
na parte
inferior, em parte de compressão

Exame Físico:

Consciente, orientado

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Fratura de Tíbia Esquerda (Cavidade)
Ex. aberto.

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

	① Dor -> Basso AP	
	Torre PR	
	Colar Cervical AP/Prnt	
	Curto Eng AP/Prnt	
	Prescrição p. fratura de tíbia esquerda	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Jeralmei de S. Silva

Nº do Registro:

Clínica: Ortopedia

Nº do Leito

Operador: Dr. Coito

1º Assistente: Dr. Hugo

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Rógin

Duração:

Data da Operação: 26/05/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fr. exposto de Tibia

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Fixação com Fixador Tubo-o-tubo

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Anestesia e Lit. sepsia
- ② Lavagem de Campos Esteril
- ③ LC + DC
- ④ Fixação com Fixador Tubo-o-tubo
- ⑤ Sutura por Placa
- ⑥ Sintoma

Cato F. A. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22688

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1017707929

JOHANNAN ROCHA MOURA

DE HABILITACAO/CONDIÇÃO/UF
C/2000 ET PE

CPF 072.135.804-23 DATA NASCIMENTO 27/05/1987

NOME JOSE ALYANI MODESTO
MOURA
MATERIA MARIA MARIA ROCHA
MOURA

TIPO DE VEICULO AC CATEGORIA AB

PROFISSAO 04603775096 VALOR 04/12/2019 VALIDACAO 26/06/2009

DESCRIÇÃO

JOHANNAN ROCHA MOURA

LOCAL RECIFE - PE DATA EMISSAO 06/12/2014

1017707929

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: YORCELANZODESÁ SILVA

Prontuário: 339218

Data: 26/05/19

Hora: 06:53

DIAGNÓSTICO:

① Fratura exposta da Diáfise de Tíbia Esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente de Alta Hospitalar da Ortopedia, sob orientação do Dr Marcelo Capela, orientado retorno ao ambulatório de Ortopedia na cidade de origem.

TRATAMENTO REALIZADO:

① Estabilização da Fratura exposta da Diáfise de Tíbia Esquerda com fixador tubo-a-tubo.

Alta Hospitalar: Data: 30/05/19

Hora: 15:00

Il. D. + Dr. Marcelo Capela

1888-756 1712

(18)

Junta de Regulação

5691986

~~de~~ HP - Junta Exposita

Hospital Regional do Agente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____

CRM Nº _____ UF: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: JOCELANTO DE SA SILVA

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

① NOVOTRAN 50mg _____ 02 CAIXAS
1 COMP. DE 818H. 20DR INTENSA
② Celestina 500mg _____ 40 Comp.
1 COMP. DE 616H por 10 dias.

Dra. Sevilha Lorena
Médica Residente de
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 26199

Data: 30.05.19

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo _____

Ident.: _____ Org. Emissor _____

End. Completo _____

Telefone _____

Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

**Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jorcelanio de Sá Silva**

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2019 a 30/05/2019

Registro: 339218

Diagnostico: Fratura Exposta de Tibia

Tratamento: Cirúrgico de Fratura Exposta Tibia.

OBS: Paciente Vítima de Atropelamento . CID:S822

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 23 de Agosto de 2019
109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236, Km 130
Indiápolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

***Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jorcelanio de Sá Silva***

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2019 a 30/05/2019

Registro: 339218

Diagnostico: Fratura Exposta de Tibia

Tratamento: Cirúrgico de Fratura Exposta Tibia.

OBS: Paciente Vítima de Atropelamento . CID:S822

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 23 de Agosto de 2019
09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JORCELANIO DE SA SILVA
Data Nasc.: 25/09/1992 Idade: 26 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898003432469715
Endereço: RUA MIGUEL VITAL Nº: 40
Bairro: SAO JOSE Cidade: BUIQUE Estado: PE
CEP: 56520000 Fone: 96197632 Profissão:
Nome da Mãe: ERIMAR MARIA DE SA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 26/05/2019 05:51

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Doença aguda, com dor
na mão esquerda.
Mão esquerda, em estado de emergência

Exame Físico:

Consciente, orientado

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Fratura de Tíbio Esquerda (segunda)
Ex. mão.

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

	① Dor -> Bicos AP	
	Tóxico PR	
	Colar Gessado AP/Prd	
	Curativo Eng AP/Prd	
	Prescrição p. fixação antebraço metacarpo	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Jeralmei de S. Silva

Nº do Registro:

Clínica: Ortopedia

Nº do Leito

Operador: Dr. Coito

1º Assistente: Dr. Hugo

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Ropiv

Duração:

Data da Operação: 26/05/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fr. exposto de Tibia

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Fixação com Fixador Tubo-o-tubo

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Anestesia e Lit. reposita
- ② Lavagem do Campo Estéril
- ③ LC + DC
- ④ Fixação com Fixador Tubo-o-tubo
- ⑤ Sutura por Placa
- ⑥ Enlotamento

Cato F. A. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22688

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190570472 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PG 7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190570472 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PG 7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570472

Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJONATHAN ROCHA MOREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORCELANIO DE SA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570472

Vítima: JORCELANIO DE SA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJONATHAN ROCHA MOREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORCELANIO DE SA 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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JORCELANIO DE SA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004996

Conta: 0000017709-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	711.821.464-73	JORCELANIO DE SA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
JORCELANIO DE SA SILVA		711.821.464-73
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO-ME	RUA MIGUEL VITAL	108
Bairro:	Cidade:	Complemento:
CENTRO	BUIQUE	CASA
E-mail:	Estado:	CEP:
	PE	56.520-000
		Tel.(DDD):

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\$3.000,00 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4946 093 CONTA: 17.709 0

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

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 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.

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 de 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) ☐ Divorciado ☐ 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

Vivogs: _____ 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.

Local e Data: BUIQUE, 02 DE OUTUBRO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jorcelanio de sa Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Donatson Rocha Moreira

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19027678B01



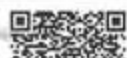
Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



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



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 25/05/2019 Hora: 22:10 Município: ARCOVERDE/PE
BR: 424 KM: 0,8 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: MASCENA, 1461622

ASPECTOS DO LOCAL

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 25/05/2019 às 22h10, no km 0,800 da BR 424, município de Arcoverde-PE, ocorreu um acidente do tipo atropelamento de pedestre, com 2 vítimas, sendo 1 fatal e 1 com lesões graves. Os veículos envolvidos foram um VW Polo KLX-0310 (V1) e outro veículo não identificado (VNI). De acordo com vestígios encontrados no local (veículo danificado, pedaços de peças quebradas na faixa de rolamento, um ferido e um morto) concluiu-se que o V1 (VW Polo) vinha sendo empurrado pelo condutor e passageiros até um posto de gasolina, após pane seca (falta de combustível), quando uma passageira (Quitéria) precisou parar para satisfazer necessidade fisiológica e os demais pararam de empurrar, ainda com o veículo sobre a faixa decrescente, e dois deles, Edvan e Jocerlanio, ficaram do lado esquerdo do V1 (VW Polo) e Daniel ficou atrás, em seguida um veículo não identificado (VNI), que trafegava no mesmo sentido do V1 (VW Polo), atropelou Edvan e Jocerlanio e colidiu na lateral do V1 (VW Polo), fugindo sem prestar socorro. Esta dinâmica encontra-se representada no croqui. Em avaliação das constatações registradas nesta narrativa, conclui-se que o fator determinante deste acidente foi o fato do V1 (VW Polo) estar estacionado sobre a rodovia sem sinalização necessária para ser visualizado por outros veículos que por ali trafegavam, além das pessoas (Edvan e Jocerlanio) estarem sobre a faixa de rolamento sem os cuidados necessários. Ao chegarmos no local do acidente, já estavam uma equipe e uma viatura do Corpo de Bombeiro Militar sinalizando e orientando o trânsito, muitos curiosos, amigos e familiares das vítimas. Uma equipe de Perícia da Polícia Civil chegou após a equipe PRF, com Carlos Lyra e Hugledson





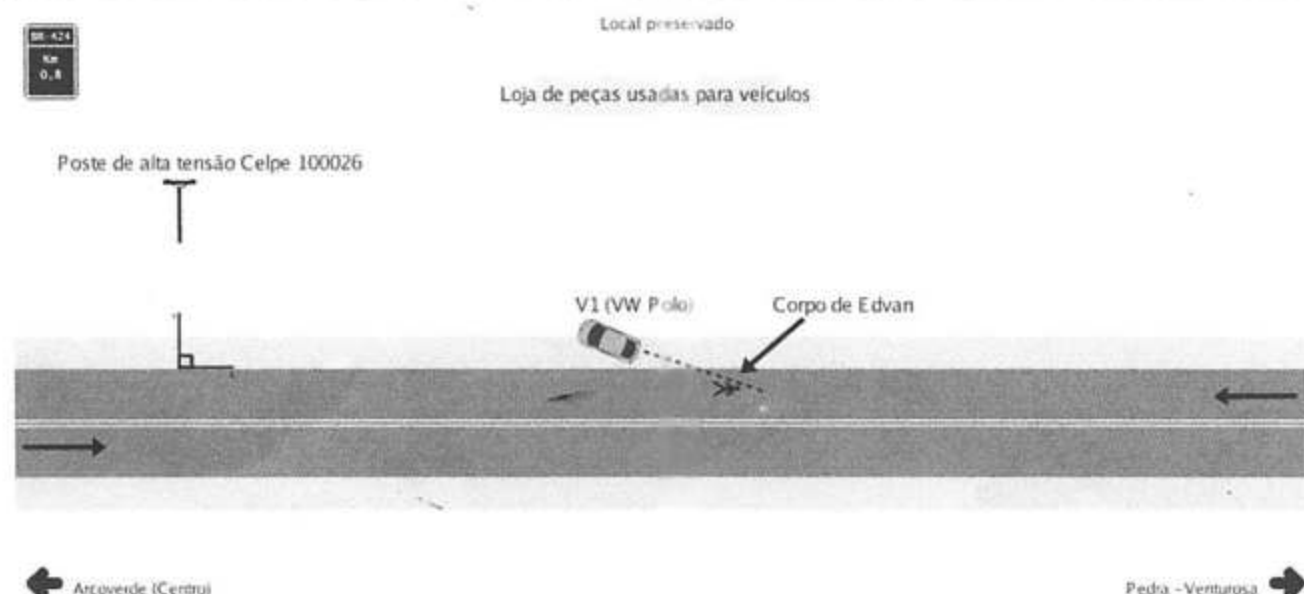
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

Rocha. O corpo da vítima foi levado para o IML de Caruaru. O Condutor do V1, Jocelanio Sá Silva, se encontrava no Hospital Regional de Arcoverde quando foi entrevistado pela equipe PRF, após realizar Raio-X e aguardando transferência para outra unidade hospitalar para realização de cirurgia. A vítima estava desorientada quanto a dinâmica do acidente, mas informou que havia ingerido cerveja e cachaça durante a tarde e a noite, e recusou-se a fazer o teste de etilômetro. Em consulta nos Sistemas PRF, constatou-se que o condutor é inabilitado. No momento exato do acidente, a vítima não estava conduzindo o veículo, pois este estava sem combustível.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
Proj. Poste 100026 s/ linha acost.dec.	0,00	0,00
Lateral dianteira esquerda - KLX0310 - V1	17,90	1,60
Lateral traseira esquerda - KLX0310 - V1	21,60	0,40
Umbigo - EDVAN DE BRITO DA SILVA - Pedestre	25,20	-1,20

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	V2
2	Colisão lateral	V2, V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V2			
2	V1			





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

2

V2

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Polícia Civil	25/05/2019 22:10	25/05/2019 23:00

V1 - VEÍCULO 1 - KLX0310 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: KLX0310 Marca/modelo: VW/POLO 1.6 Renavam: 00963265512
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9BWHB09N48P049514 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado na faixa de rolamento
Informações complementares: O veículo com pane seca (falta de combustível) estava sendo empurrado.

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Polícia Civil
Informações complementares: Veículo envolvido em acidente de trânsito com vítima fatal. Ficou a disposição dos agentes da Polícia Civil de Arcoverde e familiares que se encontravam no local. PRF sem guincho conveniado para remoção.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

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

Veículo: V1 / VW/POLO 1.6

Placa: KLX0310

Nº BOAT: 19027678B01

Nome do Agente: MASCENA

Matrícula do Agente: 1461622

Data: 25/05/2019

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: Pequena





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V1 - Proprietário

Nome: JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO ALVES
Email:
Endereço: BELO JARDIM-PE

CPF/CNPJ: 104.747.554-52
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JORCELANIO DE SA SILVA

V1C - Informações

Nome: JORCELANIO DE SA SILVA
CPF: 711.821.464-73
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Não

Data de Nascimento: 25/09/1992
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:	Primeira habilitação:	Nº Registro:
UF:	Vencimento da habilitação:	Motorista profissional: Não
Observações CNH:		

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não	Condutor se recusou a realizar o teste: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Sim	Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: MIGUEL VITAL, 108, VILA SAO JOSE, BUIQUE-PE
Telefone: Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico	Tipo de Receptor: Hospital ou clínica
Informações complementares: Socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Arcoverde antes da chegada da equipe PRF. Informou que bebeu cerveja e cachaça.	

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - DANIEL JUNIOR SILVA SANTOS

V1P1 - Informações

Nome: DANIEL JUNIOR SILVA SANTOS	Data de Nascimento: 01/06/1996
CPF: 121.987.414-07	Sexo: Masculino
Estado físico: Ileso	Usava cinto de segurança: Não
Informações complementares: Foi o único ocupante do veículo que viu o fato. Informou que o condutor do veículo era JOCERLANIO e que no momento do acidente o veículo estava parado sobre a faixa de rolamento.	





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: RUA MIGUEL VITAL, 8, CASA, CENTRO, BUIQUE-PE
Telefone: (87)99616-0769 Email:

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - QUITERIA VIEIRA POLICARPO DE SA

V1P2 - Informações

Nome: QUITERIA VIEIRA POLICARPO DE SA

Data de Nascimento: 05/08/1973

Sexo: Feminino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Não

Informações complementares: No momento estava fora do veículo que estava sendo empurrado até um posto por falta de combustível.

V1P2 - Dados do Contato

Endereço: RUA FELIX DE FRANÇA GALVÃO, 42, FREI DAMIÃO, BUIQUE-PE
Telefone: Email:

V2 - VEÍCULO 2 - NÃO IDENTIFICADO - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa:

Marca/modelo:

Renavam:

Ano fabricação:

Chassi:

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie:

Categoria:

Cor:

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





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 /

Placa:

Nº BOAT: 19027678B01

Nome do Agente: MASCENA

Matrícula do Agente: 1461622

Data: 25/05/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente:		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo				Veículo evadiu-se.
2	Longarina dianteira esquerda				Veículo evadiu-se.
3	Caixa de roda dianteira esquerda				Veículo evadiu-se.
4	Estrutura da soleira esquerda				Veículo evadiu-se.
5	Air Bags Frontais				Veículo evadiu-se.
6	Air Bags Laterais				Veículo evadiu-se.
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda				Veículo evadiu-se.
8	Estrutura da coluna central esquerda				Veículo evadiu-se.
9	Estrutura da coluna traseira esquerda				Veículo evadiu-se.
10	Caixa de roda traseira esquerda				Veículo evadiu-se.
11	Assoalho central esquerdo				Veículo evadiu-se.
12	Longarina traseira esquerda				Veículo evadiu-se.
13	Assoalho portamalas ou caçamba				Veículo evadiu-se.
14	Longarina traseira direita				Veículo evadiu-se.
15	Caixa de roda traseira direita				Veículo evadiu-se.
16	Estrutura da coluna traseira direita				Veículo evadiu-se.
17	Estrutura da soleira direita				Veículo evadiu-se.
18	Estrutura da coluna central direita				Veículo evadiu-se.
19	Estrutura da coluna dianteira direita				Veículo evadiu-se.
20	Assoalho central direito				Veículo evadiu-se.
21	Caixa de roda dianteira direita				Veículo evadiu-se.
22	Longarina dianteira direita				Veículo evadiu-se.

Dano de Monta: Grande

V2 - Imagens Obrigatórias





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

V2 - Proprietário

Nome:

CPF/CNPJ:

Email:

Telefone:

Endereço:

V2C - CONDUTOR DE V2 - Não localizado

V2C - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado físico:

Informações complementares: Após a colisão se evadiu sem prestar socorro.

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - 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

V2C - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

E1 - PEDESTRE - EDVAN DE BRITO DA SILVA

E1 - Informações

Nome: EDVAN DE BRITO DA SILVA

Data de Nascimento: 18/02/1973

Envolvimento: Pedestre

CPF: 024.639.854-02

Sexo: Masculino

Estado físico: Morto

E1 - 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

E1 - Dados do Contato

Endereço: RUA FELIX DE FRANÇA GALVÃO, 42, CASA, FREI DAMIÃO, BUIQUE-PE

Telefone: (87)99937-7963

Email:



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Polícia Rodoviária Federal, em 26/05/2019, 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.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027678B01

E1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Polícia Civil

Informações complementares: Ficou a disposição do Perito Carlos Lyra e do auxiliar Hugledson Rocha.



Documento assinado eletronicamente por MASCENA, matrícula 1461622, Policial Rodoviário Federal, em 26/05/2019, 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 do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	711.821.464-73	JORCELANIO DE SA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
JORCELANIO DE SA SILVA		711.821.464-73
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO-ME	RUA MIGUEL VITAL	108
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	BUIQUE	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	56.520-000	

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\$3.000,00 ☐ 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4996 093 CONTA: 17.709 0 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	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 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.

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 de 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) ☐ Divorciado ☐ 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
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.	

Local e Data, BUIQUE, 02 DE OUTUBRO DE 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JORCELANIO DE SA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Dionathan Rocha Moreira

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA - VI GERES

HOSPITAL DE DESTINO: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

MUNICIPIO: CARUARU - PE

SENHA DA REGULAÇÃO: 5691986

MÉDICO REGULADOR:

DATA DA RESERVA: 26/05/2019

HORA DA RESERVA 00:50:44

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE: JOCERLANIO DE SÁ SILVA

CPF:

RG:

DATA NASCIMENTO :

SEXO: M

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA NA NOITE DE HOJE. REFERE DOR PRINCIPALMENTE EM JOELHO E.

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 14, EUPNEICO, JA AVALIADO PELO CIRURGIÃO GERAL DA UNIDADE.

HD: TRAUMA - FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E

CONDUTA: ENCAMINHO PACIENTE PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA + IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + CEFALOTINA 2G

JUSTIFICATIVA: EQUIPE INCOMPLETA + NÃO HÁ MATERIAL DE SÍNTESE + NÃO HÁ ARCO CIRÚRGICO

Dr. José Araújo Costa
Orto. e Trauma
CRM/PE-21529

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: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORCELANIO DE SA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04996

CONTA: 000000017709-0

Nr. da Autenticação 882AB7F2CC35DC98