

Atendimento: 1048219

Data e Hora: 19/08/2019 10:41

Especialidade:

Senha da Classificação:

0094

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 10:45

Queixa Principal

Queda de bicicleta por moto com um
embrulho no olho direito, dor no
ombro, perda de consciência

Exame Físico

REGIÃO REPISTAR?

EXAME - ENFERMEIRO A BATEU,
R

tese Diagnostico

Fratura de osso do ombro
TCC TCC

Abel Correia Guedes da Silva
Téc. de Radiologia
Régisto: 0976

Conduta Terapeutica

rx da fratura de ombro + tratamento
12/08/19

Prescrição Médica

comprimidos de 100mg

100mg. PINGA de compressão

Dor no ombro, 1FA + NO 3V 616h, 12/08/19

INSTRUMENTO 1FA + 10ml 500, 9x 3V 616h, 12/08/19

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência AMBULATÓRIO DA EM.

Transferido:

Para: Dr. Marcelo Correia
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 19647

HR: 5752034.

Senha:

A SINA AMBULATÓRIO

Carimbo/Médico

uario Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



1046219

Atendimento: 1048219

Data e Hora: 19/08/2019 10:41

Especialidade:

Senha da Classificação:

0094

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA CRM: 693

Endereço: ORQUIDEAS DAS 30 Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE PE Cep: 50810550 Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade): Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 10:45

Queixa Principal

Queda de repente por moto com um
embrulho no olho direito, visão turva,
vômitos, perda de consciência

Exame Físico REGIÃO REPTOR?

Exame - exame físico normal, sem
r

Exame Diagnóstico

Exame físico normal, sem
r

Abel Correia Guedes da Silva
Téc. de Radiologia
Rég. 0976

Conduta Terapêutica

Exame físico normal, sem
r

Prescrição Médica - exame físico normal, sem
r

Exame físico normal, sem
r

Exame físico normal, sem
r

Exame físico normal, sem
r

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência Anterior da em.

Transferido: HK: 5752034.

Assinatura: Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647

Senha:

Carimbo Médico

Uso Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



1046219



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900
CNPJ 10.836.830/0001-08 | Insc. Est. 0005943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
VANDERLI MARIA DA SILVA

ENDERÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DAS ORQUÍDEAS 30 CS-

CPF 401.962.314-00

VANDEARECIFE
RECIFE PE
50810-700

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO
7029110063 09/2019
DATA DE VENCIMENTO 16/09/2019 07/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 84,71

3ª DA NOTA FISCAL	SEDE	EMISSÃO
075601718	UNICA	04/09/2019
ARMEDNTAÇÃO	3ª DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/09/2019	2002065463	5355578

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	66,000000	0,77951320	51,33
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,89
Contrib. Ilum. Publica Municipal			12,16
ICMS Subvenção-CCF-UF 06-023481-04/06/19			0,65
			84,71

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
301074172	CA1	05/09/2019	14.430,00	04/09/2019	14.516,00	30	86,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
SET 18	86
AUG 18	92
JUL 18	99
JUN 18	96
MAY 18	110
ABR 18	90
MAR 18	95
FEV 18	99
JAN 18	86
DEZ 18	99
NOV 18	137
OUT 18	106
SET 18	90

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	71,30	25,00
PIS	71,30	0,81
COFINS	71,30	2,72

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
Geração de Energia	24,82	34,57%
Transmissão	2,48	3,42%
Distribuição-CELPE	18,29	25,69%
Perdas de Energia	4,75	6,61%
Encargos Setoriais	3,54	4,92%
Tributos	21,22	29,51%
Total	75,81	100%

TAXAS APLICADAS

Consumo Ativo (R\$) 0,54333333

RECEBIMENTO AO PREÇO

6738 6FD1 8D34 C964 D0D8 60D8 4FC5 0821

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta data de fatura é a validade em vigor e a Verificação. Mais informações em www.celpe.com.br. Cuidado com a validade da fatura. O cliente é responsável por manter a validade da fatura. O cliente é responsável por manter a validade da fatura. O cliente é responsável por manter a validade da fatura.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão descritas no Regulamento de Serviço de Energia Elétrica da CELPE, disponível em www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APLICADO (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	0,00	0,27	10,16	30,30	210	202	220
ENC	0,00	0,23	6,47	12,95			
PRE	0,00	0,00	0,00	0,00			
DMG							

Limite Diário: 13,22 BUSD - Valor do Busdo de 1,10 x 20 (Saldo de Cobrança) = R\$ 22,00

Limite DMG: 12,27 BUND - Valor de Energia no Uso do Sistema de Cobertura - R\$ 25,66

CONTA CONTRATO 7029110063 MÊS/ANO 09/2019 DATA DE VENCIMENTO 16/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 84,71
83850000000-8 84710011007-7 02911006310-2 14145242303-5



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

PAULO JOSE DOS PRAZERES FILHO
CPF: 451.979.544-34

DATA DE VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
073318366

CONTA CONTRATO

007006433230

Nº DO CLIENTE
2001228566Nº DA INSTALAÇÃO
0003291942

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOMAZ GONZAGA 248 E

ZUMBI/RECIFE
50711-090 RECIFE PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

46C5.9115.C902.FFBC.E2CC.FCCC.6308.F1AC

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,57317404	17,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,26
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,52
Multa por atraso-NF 069512462 - 12/07/19			0,33
Juros por atraso-NF 069512462 - 12/07/19			0,07
Atualização IGPM-NF 069512462 - 12/07/19			0,02
Compensação DMIC 06/19			0,20-
TOTAL DA FATURA			18,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0.00		0.00	17.97	0.74	0.13	17.97	3.42	0.61

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Resv	Valor
22/12/17	15/01/18	113,11

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REn 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000

HISTÓRICO DO CONSUMO

					kWh
AGO	19				30
JUL	19				30
JUN	19				30
MAI	19				30
ABR	19				30
MAR	19				30
FEV	19				30
JAN	19				30
DEZ	18				30
NOV	18				30
OUT	18				30
SET	18				30
AGO	18				36

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

00000003120986286 CAT 12/07/2019 8.205,00 14/08/2019 8.205,00 33 1,00000 0,00 0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
-----------	----------	---------------	-------------	------------	------------

Jun/2019

DIC-No.de horas sem Energia	3,85	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia	1,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	3,85	2,77	0,00	0,00

DICRI-Duração de interrupção em dia crítico
Limite DICRI: 12,22

EUSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,95

Tudo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Os correios em pe de serra: avenida general san martin prado / extremo: rua gomes taborda 1274 cordelroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006433230	08/2019	0,00	21/08/2019	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE VANDERLI MARIA DA SILVA CPF: 401.992.314-00		DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/01/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/01/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 091203110		CONTA CONTRATO 007029110063 Nº DO CLIENTE 2002886469 Nº DA INSTALAÇÃO 0005355978	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DAS ORQUÍDEAS 30 CS- VARZEA/RECIFE 50810-550 RECIFE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 5D23.E0C1.20A6.D515.8639.76C0.30DD.8730					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	74,00	0,42656182	31,56
Consumo Ativo(kWh)-TE	74,00	0,35875625	26,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,41
ICMS Subvenção-CDE-NF 079728952-07/10/19			0,63
TOTAL DA FATURA			60,14

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
59,51	25,00	14,87	59,51	0,90	0,53	59,51	4,15	2,46

Telefone:

(81) 9.9714-0111

(81) 9.8541-6845

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	8,29838000	JAN 20	74
Consumo Ativo(kWh)-TE	8,25095000	DEZ 19	108
		NOV 19	91
		OCT 19	97
		SET 19	86
		AGO 19	95
		JUL 19	99
		JUN 19	96
		MAI 19	110
		ABR 19	90
		MAR 19	95
		FEB 19	89
		JAN 19	86

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
	R\$ %
Geração de Energia	19,38 32,56
Transmissão	2,14 3,60
Distribuição (Calde)	12,99 21,83
Encargos Setoriais	3,95 5,13
Tributos	17,88 30,01
Perdas de Energia	4,09 6,87
TOTAL	59,51 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003011074172	CAT	09/12/2019	14.812,00	07/01/2020	14.886,00	29	1,00000	0,00	74,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		2,18	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,18	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 12,22			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,08					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<table> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007029110063	01/2020	0,00	16/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718885 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do úmero direito.

Descrição do exame físico: Vítima apresenta consolidação alinhada da fratura com mobilidade e força preservados no membro superior direito. Presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura, sem intercorrências. Realizou fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 Marino Fuxo 2. de O. Veiga

inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.058.354-748 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

David Kelvin Costa de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.702.724-92

do sinistro de DPVAT cobertura imobiliária da Vítima David Kelvin Costa de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.702.724-92 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Toror, Gonzaga</u>	Número: <u>360</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Zumbi</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CER: <u>50.710-090</u>	Tel.(DDD): <u>(88) 97714011</u>

Local e Data:

Recife 13 de novembro 2019

Marino Fuxo 2. de O. Veiga
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 Marino Fuxo 2. de O. Veiga

inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.058.354-748 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

David Kelvin Costa de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.702.724-92

do sinistro de DPVAT cobertura imobiliária da Vítima David Kelvin Costa de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.702.724-92 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Toror, Gonzaga</u>	Número: <u>360</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Zumbi</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CER: <u>50.710-090</u> Tel.(DDD): <u>(88) 97714011</u>	

Local e Data:

Recife 13 de novembro 2019

Marino Fuxo 2. de O. Veiga
Assinatura do Declarante

Atendimento: 1048219

Data e Hora: 19/08/2019 10:41

Especialidade:

Senha da Classificação:

0094

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 10:45

Queixa Principal

Queixa de dor no tornozelo direito, com inchaço e vermelhidão, iniciada há alguns dias, piora ao caminhar.

Exame Físico

Região de dor no tornozelo direito?

Exame físico: sem sinais de infecção, sem edema, sem deformidade.

Diagnóstico

Lesão de ligamento cruzado anterior (LCA) no tornozelo direito.

Abel Correia
Téc. de Imagem
Ass: 0976

Conduta Terapêutica

Reposicionamento do pé e aplicação de gelo local.

Prescrição Médica

Medicamentos: Analgésico e anti-inflamatório.

Recomendação: Repouso relativo e uso de muletas.

Exames: Ressonância magnética do tornozelo direito.

Tratamento: Físioterapia e medicação.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência Anterior da em.

Transferido:

Dr. Marcelo Correia
Ortopedia
CRM: 19647

HR: 5752034.

Senha:

Carimbo Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



1046219

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 10:34



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0094
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 19/08/2019 10:37 - 19/08/2019 10:38

GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS VITIMA DE COLISAO , CARRO E MOTO, ESCORIAÇOES NOS MMSS, MMII, DOR NO MSD, RELATO DE EPISTAXE , NEGA DESMAIO OU VOMITO

Observação: ALERGIA-
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 10:38



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: David Alvin Costa de Souza

Registro: _____

Enfermaria: Unidade

Leito: _____

Hora Admissão: _____

Plantão: ☒ DIURNO () NOTURNO

DATA: 19/07/2019

Estado Geral

☒ Regular

() Grave

() Gravíssimo

Dieta

() VO () SNG

() SNE

() Dieta Zero

Padrão Respiratório

() Eupneico

() Dispneico

Acesso Venoso

☒ Periférico

() Central

Curativos

() Sim

() Não

Local: _____

Drenos

() Sim

() Não

Local: _____

Evacuações

() Presente

() Ausente

Local: _____

Diurese

☒ Presente

() Ausente

() SVD/SVA

Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
12	120x92	—	79	—	102		
	120x92	—	83	—	93		

Técnico de Enfermagem: _____

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____

Registro: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Hora Admissão: _____

Plantão: () DIURNO () NOTURNO

DATA: ____/____/____

Estado Geral

() Regular

() Grave

() Gravíssimo

Dieta

() VO () SNG

() SNE

() Dieta Zero

Padrão Respiratório

() Eupneico

() Dispneico

Acesso Venoso

() Periférico

() Central

Local: _____

Curativos

() Sim

() Não

Local: _____

Drenos

() Sim

() Não

Local: _____

Evacuações

() Presente

() Ausente

Aspecto: _____

Diurese

() Presente

() Ausente

() SVD/SVA

Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: _____

INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 19/08/2019 Hora: 15:30 Atendimento nº 1048219
Nome Social: — / — Cor: —
Nome Civil: David Kelvin Costa de Souza
Possui alguma deficiência? () Sim (x) Não. Se sim, qual? —
Apelido: — Possui documentação? (x) Sim () Não Idade: 25
Endereço: R- Felício dos Santos, 219 - Varzea - Recife
Ponto de Referência: Colúmen
Nome do acompanhante: Keliane Silva de Oliveira
Vínculo com o Usuário: esposa Tel.: (81) 98792-2585

Vive sozinho () Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (x)
Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ()
Vive internado em instituição, asilo, abrigo, ou sob a responsabilidade de terceiros ()
Nome da instituição: —

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? () Sim (x) Não
Qual? —

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações – Normas e Rotinas	()	
Orientações – Direitos Sociais	(x)	Seguro DPVAT
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	()	
Encaminhamento à Rede de Saúde	()	
Atendimento Violência	()	
Articulação Externa/Família	()	
Articulação Externa/Rede	()	

Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)

Remoção p/ o H.R.
Reside com a esposa e filhos em casa alugada.
É barbeiro autônomo. Realizada orientação sobre
solicitação de cópia de documentação.

Isabel Alencar

Data/Hora	
19/08/19	Paciente admitido na sala amarela com quadro trauma sem simples após colisão carro e moto, evoluindo com dor constante, inchaço do, apêndice, eusculo não marcado, inchaço todo, acanotico, acutense, nemotismo, AVP M88, abdome flácido deprimido e indolor à palpação, eliminação fisiológica presente, aguardando transpêndio HA/segur as unidades de enfermagem.
	Recebido Cláudia de Souza 19/08/2019



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



DATA: 10/06/19 HORA: 13:35

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: David Kelvin Costa de Souza

Idade: 25a

Número do Atendimento: 104 9219

Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Trauma em braço direito

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras

MAPA HTA LDM

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom (X) Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(X) Normocorado () Hipocorado (X) Aclanótico () Cianótico (X) Anictico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente () Inconsciente (X) Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: (X) Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (X) Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

(X) Afebril () Febril T. AXILAR= °C FR= IPM Sat O2= 98% (X) Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC bpm
PA: X mmHg PULSO: () Filiforme () Chelo () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: (X) Periférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

MSB

DIETA: (X) VO () Acelta bem () Parcialmente () Não aceita ABDOME: (X) Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: (X) Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor característico () EMA Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (X) Presente Aspecto: () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (X) Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: ()

Atendimento: 1048309

Data e Hora: 19/08/2019 13:47

Especialidade:

Senha da Classificação:

0144

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4569

Endereço: ORQUIDEAS DAS

--

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 15:45

Causa Principal

Paciente politraumatizado com lesão na cabeça
epistaxe, no momento em que chegou ao
UPA por acidente automobilístico por colisão
com muro.

Exame Físico

Boa, cor, Glasgow 15
sem alteração no exame físico

Hipótese Diagnóstico

1) TCE?? - epistaxe n/a
2) politrauma por acidente automobilístico

Conduta Terapêutica

Rx de fco e zila 1200mg

Prescrição Médica

1) acetaminofeno - 500mg + 200mg 4x/dia, IV 1000mg
2) morfina - 5mg IV 1000mg
3) metoclopramida - 10mg IV

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

Quarto Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



1048309

Tassiana F. Souza Martins
Enfermeira
COREN - PE 721513

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 13:45



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0144
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 19/08/2019 13:46 - 19/08/2019 13:46

WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: XXXXXXXXXX VERDE

Queixa Principal: AVALIACAO DA CLINICA
PACIENTA NA AMARELA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 13:46

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: DAVID KLEVIN COSTA DE SOUZA IDADE: 25

REGISTRO: 1048219 DATA: 19/03/19

HDA: Acidente de moto com um tom
braco direito + SINTOMAS
na mão direita. sem perda de
consciência.

EX. FÍSICO: EDMARCOS CARVALHO DE BRAGA
REC-15.

EX. COMPLEMENTARES: V-X.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Fratura de umbral direito.
2. Exstirpado
3. _____

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: _____

SENHA: 5152034 DESTINO: REC-15

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM ()

NÃO ()

JUSTIFICATIVA: _____

HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ MÉDICO SOLICITANTE: _____

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647

HORA DA SAÍDA: _____ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: _____

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: _____

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO AO TRABALHO E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/08/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 16 DE SETEMBRO DE 2019


MEDICO: LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/08/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019 **HORÁRIO:** 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 16 DE SETEMBRO DE 2019


MEDICO: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Recetário Controle Especial**Identificação do Emitente**

Nome: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

UF: PE

Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

Telefone: 3482 - 9888

DATA: 04/03/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente

Nome: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Endereço: RUA ASSARE, VARZEA, CEP: 50740300, Nº 8, RECIFE - PE

Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG)

02 CAIXAS

TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTI.

Identificação do Comprador

Nome:

R.G.

Orig. e flusos:

Endereço:

Cidade:

UF:

Tel.:

Identificação do Fornecedor

Ass. do Farmacêutico

Data: / /

Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Prontuário: 773700

Atendimento: 242369

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 25 Anos, 1 Mês e 29 Dias

Sexo: Masculino

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Dia: 14/10/2019

Hora: 07:00

Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios, mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.

Procedimento a ser realizado:

RADIOGRAFIA BRACO - DIREITO

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório para marcar a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 16 DE SETEMBRO DE 2019

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622

Dr. Joao Paulo Romeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 22622

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:47:26
Índice de exp.: 1344

OMBRO
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: aclinin

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala: 0.0

OMBRO
LATERAL
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala: 0.0

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:48:59
Índice de exp.: 1762



OMBRO
LATERAL
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Eu, David Kelvin Costa de Souza,
CPF nº 3190/659224, informo que, partici-
pei de uma perícia, informei ao
médico que não tinha mais fisio-
terapia para fazer, que o meu médico
foi dado alta definitiva,
não tendo nenhuma cirurgia nova a
marcar.

Assim o resultado da perí-
cia foi que eu estou em tratamento

Procuri meu médico hoje dia 05/08
o mesmo me confirmou que já estou
de alta.

Aguardo perícia sobre minha
indenização.

David Kelvin Costa de Souza.

Atendimento: 1048219

Data e Hora: 19/08/2012 10:41

Especialidade:

Senha da Classificação:

0094

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 10:45

Queixa Principal

Queixa de dor no tornozelo direito com um
 embaixo do calcanhar direito, piora ao subir
 escadas, piora ao caminhar.

Exame Físico

Região do pé direito?

Exame físico - não há inchaço no tornozelo,
 não há dor ao toque.

Diagnóstico

Lesão do ligamento cruzado anterior
 do joelho direito.

Conduta Terapêutica

Reposicionamento do joelho e
 aplicação de gelo.

Prescrição Médica

Medicamentos: Analgésico.

Tratamento: Pílula de controle de dor.

Medicamentos: IFA + NO 30 616h, 15 45 30 15

Tratamento: IFA + local 500, 9x - 30 616h

Destino:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Ambulatório da UPA

Transferido:

Para:

Dr. Marcelo Correia
 Frenologia-Ortopedia
 CRM: 19647

HR: 5752039.

Senha:

Carimbo Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
 () NÃO



1048219

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 10:34



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0094
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 19/08/2019 10:37 - 19/08/2019 10:38

GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS VITIMA DE COLISAO , CARRO E MOTO, ESCORIAÇOES NOS MMSS, MMII, DOR NO MSD, RELATO DE EPISTAXE , NEGA DESMAIO OU VOMITO

Observação:

ALERGIA-
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 10:38



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Daniela Silva Costa de Souza

Registro: _____

Enfermaria: Unidade 201A

Leito: _____

Hora Admissão: _____

Plantão: ☒ DIURNO () NOTURNO

DATA: 19/07/2019

Estado Geral

☒ Regular

() Grave

() Gravíssimo

Dieta

() VO () SNG

() SNE

() Dieta Zero

Padrão Respiratório

() Eupneico

() Dispneico

Acesso Venoso

☒ Periférico

() Central

Local: _____

Curativos

() Sim

() Não

Local: _____

Drenos

() Sim

() Não

Local: _____

Evacuações

() Presente

() Ausente

Aspecto: _____

Diurese

☒ Presente

() Ausente

() SVD/SVA

Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
12	120x92	—	79	—	102		
	120x92	—	73	—	93		

Técnico de Enfermagem: _____

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____

Registro: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Hora Admissão: _____

Plantão: () DIURNO () NOTURNO

DATA: ____/____/____

Estado Geral

() Regular

() Grave

() Gravíssimo

Dieta

() VO () SNG

() SNE

() Dieta Zero

Padrão Respiratório

() Eupneico

() Dispneico

Acesso Venoso

() Periférico

() Central

Local: _____

Curativos

() Sim

() Não

Local: _____

Drenos

() Sim

() Não

Local: _____

Evacuações

() Presente

() Ausente

Aspecto: _____

Diurese

() Presente

() Ausente

() SVD/SVA

Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: _____

INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 19/08/2019 Hora: 15:30 Atendimento nº 1048219
Nome Social: — / — Cor: —
Nome Civil: David Kelvin Costa de Souza
Possui alguma deficiência? () Sim (x) Não. Se sim, qual? —
Apelido: — Possui documentação? (x) Sim () Não Idade: 25
Endereço: R- Felício dos Santos, 219 - Várzea - Recife
Ponto de Referência: Colúmen
Nome do acompanhante: Keliane Silva de Oliveira
Vínculo com o Usuário: Expos Tel.: (81) 98792-2585

Vive sozinho () Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (x)
Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ()
Vive internado em instituição, asilo, abrigo, ou sob a responsabilidade de terceiros ()
Nome da instituição: —

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? () Sim (x) Não
Qual? —

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações – Normas e Rotinas	()	
Orientações – Direitos Sociais	(x)	Seguro DPVAT
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	()	
Encaminhamento à Rede de Saúde	()	
Atendimento Violência	()	
Articulação Externa/Família	()	
Articulação Externa/Rede	()	

Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)

Remoção p/ o H.R.
Reside com a esposa e filhos em casa alugada.
É trabalhador autônomo. Realizada orientação sobre
solicitação de Copisa de Montuário.

Isabel Alencar

UPA - SÃO LOURENÇO DA MATA
Isabel Fátima Albertini de Rêgo
Assistente Social
CRESS nº 3651 - 4ª Região / PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Dennis Kilian Cook de Souza

Registro: 1048219

Responsável:

Contato:

Data/Hora	
19/08/19	Paciente admitido na sala amarela com quadro trauma múltiplo devido a acidente carro e moto, evoluindo com GBA, convulsão, síndrome de Aschitz, eumoto não decorado, hiper- talar, agitação, excitação, nervosismo, AVP 148, ablação flutua deprimida e indolente a palpção, eliminação fisiológica presente, aguardando transplante de fígado, as unidades de transplante.
	<i>Revisado (Data de revisão)</i>



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



DATA: 19/08/19 HORA: 13:35

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: David Kelvin Lima de Souza

Idade: 25a

Número do Atendimento: 1049219

Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Prontidão de início

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras

sem HAS e DM

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom (X) Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(X) Normocrado () Hipocrado (X) Aclanótico () Cianótico (X) Anictico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente () Inconsciente (X) Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: (X) Normais () Isocóricas () Anisocóricas (X) Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (X) Cooperativo () Choroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

(X) Afebril () Febril T. AXILAR= °C FR _____ IPM Sat O2= 96% (X) Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
RUMMÓRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUMMÓRIOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: (X) Periférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

MSB

DIETA: (X) VO () Acelta bem () Parcialmente () Não aceita ABDOME: (X) Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: (X) Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor característico () EMAIC Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (X) Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (X) Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 13:45



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0144
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 19/08/2019 13:46 - 19/08/2019 13:46

WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:



VERDE

Queixa Principal:

AVALIACAO DA CLINICA
PACIENTA NA AMARELA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 13:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: DANIEL VINÍCIUS COSTA DE SOUZA IDADE: 25

REGISTRO: 1018219 DATA: 19/03/19

HDA: Acidente de trânsito com vítima
branco feminino - 65 anos, com lesão
na cabeça, com fratura da base do
crânio.

EX. FÍSICO: Exame físico normal, sem
trauma visível.

EX. COMPLEMENTARES: V X.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Fratura da base do crânio.
2. Encefalopatia traumática.
3.

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL:

SENHA: 5152039 DESTINO: Urgência JIR

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM ()

NÃO ()

JUSTIFICATIVA:

HORA DA SOLICITAÇÃO: MÉDICO SOLICITANTE:

HORA DA SAÍDA: MÉDICO DA LIBERAÇÃO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA O RESULTADO DE SEU EXAME E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/08/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSÉ MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 15 DE SETEMBRO DE 2019



MEDICO: LEONARDO OLIVEIRA
OLIVEIRA

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORIA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/08/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019 **HORÁRIO:** 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARAPES 16/09/2019



MEDICO: LEONARDO DOS ANJOS OLIVEIRA

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA	
CRM: 23550	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - PE - 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 14/11/2015

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

3ª Via Médico

Identificação do Paciente	
Nome: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	
Endereço: RUA ASSARE, VARZEA, CEP: 50740300, Nº 8, RECIFE - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG)	
TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTÍ.	



Identificação do Comprador		
Nome:		RG:
		Código Nacional:
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	

Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Prontuário: 773700

Atendimento: 242369

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 25 Anos, 1 Mês e 29 Dias

Sexo: Masculino

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Dia: 14/10/2019

Hora: 07:00

Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios, mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.

Procedimento a ser realizado:

RADIOGRAFIA BRACO - DIREITO

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório para marcar a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 16 DE SETEMBRO DE 2019

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622

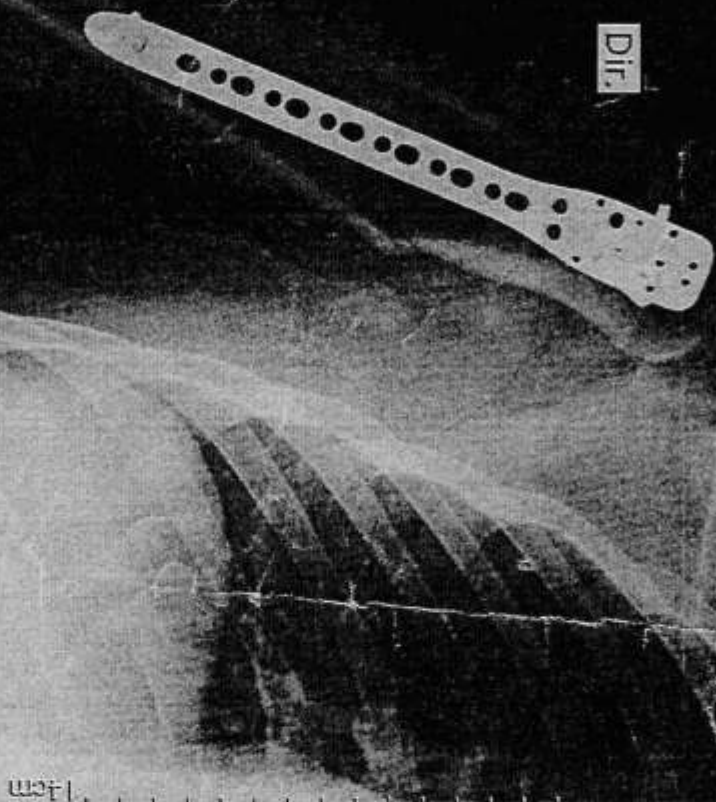
Dr. João Paulo Romêiro
Ortopedia Traumatologia
Nº 22622

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:47:26
Indice de exp.: 1344

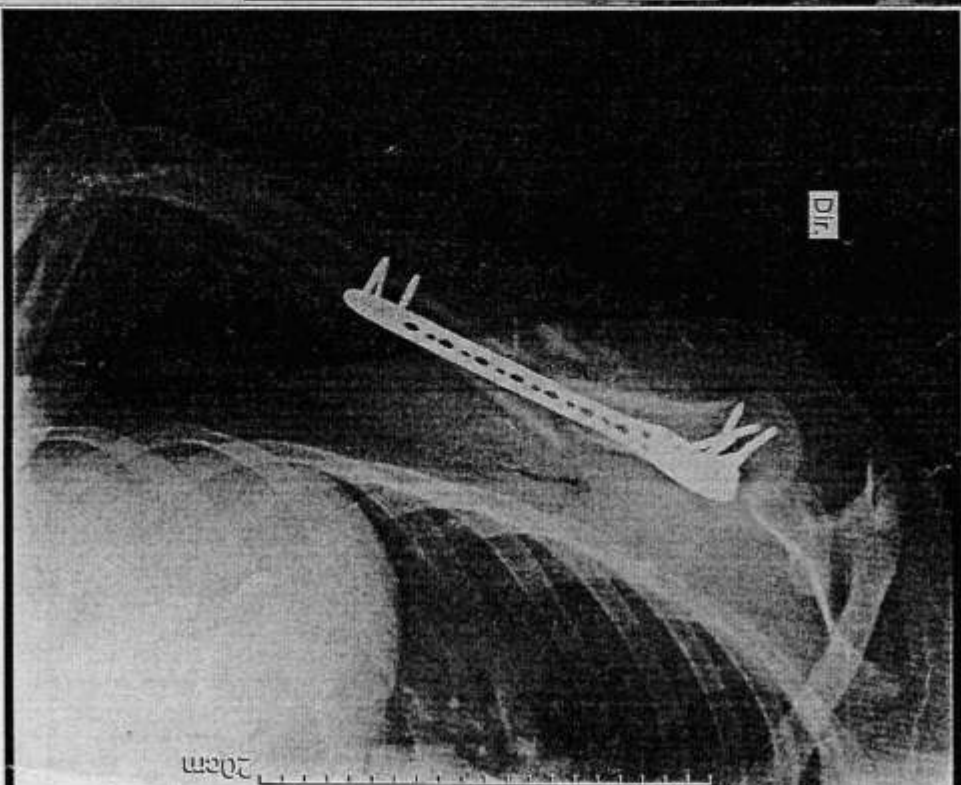
OMERO
AP
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: elc1010

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES
Escala: 0,0



DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA, de aquis.: 16/09/2019
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700
Hora de aquis.: 08:48:59
Indice de exp.: 1762

OMERO
LATERAL
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: elc1010
Escala: 0,0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARRERA NACIONAL DE HABILITACAO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1683484817	NOME DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 8577299 SDS PE	
	CPF 097.702.724-42	DATA NASCIMENTO 18/07/1994
	FILIAÇÃO BIRATON FRANCISCO DE S OUZA MARIA ANITA OLIVEIRA D A COSTA	
	PERMISSÃO 00000000	ACC 00000000
Nº REGISTRO 05941624274		VALIDADE 01/10/2025
		1ª HABILITAÇÃO 28/11/2013
OBSERVAÇÕES		
		
ASSINATURA DO PORTADOR		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1683484817	LOCAL RECIFE, PE	DATA EMISSÃO 01/10/2018
		
	Carlos Anderson Souza Ribeiro Diretor Presidente	
	ASSINATURA DO EMISSOR	
	PERNAMBUCO	
		26976191834 D'E088342336

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
6359362 SDS PE

CPF
059.058.754-48

DATA NASCIMENTO
07/01/1985

RELACÃO
MARCOS ANTONIO DE
QUEIROZ VEIGA
EVA AUREA DE LUCENA AR
AGAO DE QUEIROZ VEIGA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02946519314

VALIDADE
01/04/2020

1ª HABILITAÇÃO
18/07/2003

sem observações

Marcos Antonio de Q. Veiga

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
06/04/2015

ASSINATURA DO TITULAR
[Assinatura]

31999841756
PR065874730

ASSINATURA DO EMISSOR
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1024537059

PROIBIDO PLASTIFICAR
1024537059

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARRTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1683484817	NOME DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 8577299 SDS PE	
	CPF 097.702.724-42	DATA NASCIMENTO 18/07/1994
	FILIAÇÃO BIRATON FRANCISCO DE S OUZA MARIA ANITA OLIVEIRA D A COSTA	
	PERMISSÃO 00000000	ACC 00000000
Nº REGISTRO 05941624274		VALIDADE 01/10/2025
		1ª HABILITAÇÃO 28/11/2013
OBSERVAÇÕES 		
ASSINATURA DO PORTADOR <i>David Kelvin Costa de Souza</i>		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1683484817	LOCAL RECIFE, PE	DATA EMISSÃO 01/10/2018
	Assinatura do Emissor <i>Chelton Anderson Souza Ribeiro</i> Diretor Presidente	
	ASSINATURA DO EMISSOR PERNAMBUCO	
	26976191834 1ºE088342336	
	DENATRAN CONTRAN	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
6359362 SDS PE

CPF
059.058.754-48

DATA NASCIMENTO
07/01/1985

RELACÃO
MARCOS ANTONIO DE
QUEIROZ VEIGA
EVA AUREA DE LUCENA AR
AGAO DE QUEIROZ VEIGA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02946519314

VALIDADE
01/04/2020

1ª HABILITAÇÃO
18/07/2003

sem observações

Marcos Antonio de Q. Veiga

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
06/04/2015

ASSINATURA DO TITULAR
[Assinatura]

31999841756
PR065874730

ASSINATURA DO EMISSOR
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1024537059

PROIBIDO PLASTIFICAR
1024537059

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	David Kelvin Costa de Souza		
Data do Acidente:	CPF da vítima: 099.207.724-41		
Portador da documentação:	Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	20/11/19
Nome:	Roviane Siqueira
Assinatura:	

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	David Kelvin Costa de Souza		
Data do Acidente:	CPF da vítima: 099.207.724-41		
Portador da documentação:	Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	20/11/19
Nome:	Ronani Siqueira
Assinatura:	

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718885 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do úmero direito.

Descrição do exame físico: Vítima apresenta consolidação alinhada da fratura com mobilidade e força preservados no membro superior direito. Presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura, sem intercorrências. Realizou fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718885 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X DOC PÁG. 02 10 11 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718885 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA **Data do acidente:** 19/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X DOC PÁG. 02 10 11 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: David Kelvin Costa de Souza brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Barbeiro residente e domiciliado à Rua das Orquídeas nº 30 bairro: Varzea Município de Recife, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 50.810.550, portador(a) do Rg nº: 8.577.299, SDS-PE e CPF nº 097.702.724-42

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado(a) à Rua TOMAZ GONZAGA, nº 248, bairro: ZUMBI Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) David Kelvin Costa de Souza ocorrido em 19/08/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo de involúter

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, de 20/09/2019 de 2018.



David Kelvin Costa de Souza
Outorgante
CPF Nº 097.702.724-42



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

PROCURAÇÃO

Outorgante: David Kelvin Costa de Souza brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Barbeiro residente e domiciliado à Rua das Orquídeas nº 30 bairro: Varzea Município de Recife, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 50.810.550, portador(a) do Rg nº: 8.577.299, SDS-PE e CPF nº 097.702.724-42

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado(a) à Rua TOMAZ GONZAGA, nº 248, bairro: ZUMBI Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) David Kelvin Costa de Souza ocorrido em 19/08/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo de involúter

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, de 20/09/2019 de 2018.



David Kelvin Costa de Souza
Outorgante
CPF Nº 097.702.724-42



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0467679/19

Número do Sinistro: 3190718885

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

CPF: 097.702.724-42

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA : 097.702.724-42

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020

Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0467679/19

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

CPF: 097.702.724-42

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA : 097.702.724-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417265/19

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

CPF: 097.702.724-42

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/08/2019

Titular do CPF: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA : 097.702.724-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

RAIANNE SILVA BARBOSA

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190718885**

Nome do(a) Examinado(a): **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua das Orquídeas, 30 - Recife - PE - CEP 50810-550**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8577299**

Data e local do acidente: [**19/08/2019**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**24/01/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura proximal do úmero direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima apresenta consolidação alinhada da fratura com mobilidade e força preservados no membro superior direito. Presença de cicatriz cirúrgica.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura, sem intercorrências. Realizou fisioterapia. Alta há cerca de 30 dias.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718885

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718885

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190718885 Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
---------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718885

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 097.702.724-12 4 - Nome completo da vítima: David Kelvin Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: David Kelvin Costa de Souza 6 - CPF: 097.702.724-12
7 - Profissão: Barbeiro 8 - Endereço: R. dos Orquideas 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Varzea 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: 14 - CEP: 50.850-550
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 99741011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0678 CONTA: 68225-9 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vênus)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 20 de novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 097.702.724-12 4 - Nome completo da vítima: David Kelvin Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: David Kelvin Costa de Souza 6 - CPF: 097.702.724-12
7 - Profissão: Barbeiro 8 - Endereço: R. dos Orquideas 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Varzea 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: 14 - CEP: 50.850-550
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 99741011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0678 CONTA: 68225-9 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vênus)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 20 de novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE

Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade

Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

N.º 316/2019

I - LOCAL DO ACIDENTE

AV/RUA: **AVENIDA BELMINIO CORREIA PE005**

BAIRRO: **AREINHA**

MUNICÍPIO: **CAMARAGIBE** PONTO DE REF.: **ESTAÇÃO AREINHA**

DATA: **19/08/2019**

II - HORÁRIO:

09:40 OCORRÊNCIA
10:10 ATENDIMENTO
10:24 LIB. DA VIA
11:27 TÉRM. OCOR.

II - CLASSIFICAÇÃO

☐ SEM VÍTIMAS
☒ COM VÍTIMAS
1 N.º DE FERIDOS
☐ N.º DE MORTOS

IV - NATUREZA

☐ ATROPELAMENTO ☐ PEDESTRE ☐ ANIMAL
☐ ABALROAMENTO ☐ LOGINTUDINAL ☐ TRANSVERSAL
☒ COLISÃO ☐ FRONTAL ☒ TRASEIRA
☐ CHOQUE ☐ OBJETO FIXO ☐ VEÍCULO PARADO
☐ CAPOTAMENTO ☐ TOMBAMENTO ☐ OUTROS

V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA

ACID. VERIFICADO	COND. VIA	CONS. DA VIA	COND. TEMPO	SEMAFORO	SINALIZAÇÃO
☐ LONGO DA VIA	☒ SECA	☒ PERF. ESTADO	☒ BOM	☒ S/DEFEITO	☐ PERF. ESTADO
☐ CRUZAMENTO	☐ MOLHDA	☐ MAL ILUMINADA	☐ CHUVOSO	☐ C/ DEFEITO	☐ NÃO EXISTE
☐ VIADUTO	☐ OLEOSA	☐ MAL CONSERV.	☐ NUBLADO	☐ DESLIGADO	☒ ILEGÍVEL
☒ F. DE PEDESTF	☐ OUTROS	☐ OUTROS		☐ NÃO EXISTE	☐ INCOMPLETA

VI - CONTROLE DE TRÁFEGO

	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
☐ AGENTE	☒ ÚNICA	☐ FAIXA
☐ F. DE PEDESTRE	☐ DUPLA	☒ CANTEIRO
☐ F. DE RETENÇÃO	☐ INGLESA	☐ OUTROS
☒ NÃO HÁ		

VII - IDENTIFICAÇÃO

INFRAÇÃO COMETIDA:

CÓDIGO: *****

MARCA/MODELO: **HONDA CIVIC EXL CVT** COR: **BRANCA** ANO: **2017** PLACA/UF: **PDY 3548**
MUNICÍPIO: **RECIFE** CHASSI: **93HFC2640H2129891** RENAVAN: **1128058968**
CONDUTOR: **EDVALDO SEVERINO GONZAGA DA SILVA** GRAU DE INST.: **3º** SEXO: **M** IDADE: **37**
R.G./UF: **6183199 SDS-PE** C.P.F.: ******** CNH Nº: **1107713824**
CNH REGISTRO Nº: **03711002224** UF: **PE** CAT.: **B** VALIDADE: **29/10/2020** HS. DIREÇÃO: **Nº 20 CEP.: ******
LOGRADOURO: **ESTRADA DO BARBALHO**
BAIRRO: **IPUTINGA** CIDADE: **RECIFE** UF: **PE**

PROPRIETÁRIO: **MANOELA ALVES DA SILVA** CPF/CNPJ: **056.297.414-89**
LOGRADOURO: ***** Nº **** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: **RECIFE** UF: **PE**
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

APARÊNCIA

☒ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO

COMPORTAMENTO

☒ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE

TESTE DO BAFÔMETRO

☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXA
☒ NÃO REALIZADO

INFRAÇÃO COMETIDA:

CÓDIGO: *****

MARCA/MODELO: **HONDA CG 150 TITAN EX** COR: **BRANCA** ANO: **2014** PLACA/UF: **ORM 9131**
MUNICÍPIO: **RECIFE** CHASSI: **9C2KC166OERO13236** RENAVAN: **995052760**
CONDUTOR: **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA** GRAU DE INST.: **SEXO: M** IDADE: **25**
R.G./UF: **8577299 SDS-PE** C.P.F.: ******** CNH Nº: **1683484817**
CNH REGISTRO Nº: **1683484817** UF: **PE** CAT.: **AB** VALIDADE: **01/10/2023** HS. DIREÇÃO: **Nº CEP.: *******
LOGRADOURO: **NÃO COLETADO**
BAIRRO: ***** CIDADE: **RECIFE** UF: **PE**

PROPRIETÁRIO: **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA** CPF/CNPJ: **097.702.724-42**
LOGRADOURO: ***** Nº **** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: **RECIFE** UF: **PE**
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

APARÊNCIA

☐ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO

COMPORTAMENTO

☐ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE

TESTE DO BAFÔMETRO

☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXA
☐ NÃO REALIZADO

Confere com o original

19/09/19 Elizângela S. Silva

Mat. 5725

XII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

V1	V2	V3	V4																																																																																																																																																																																				
<table border="1"> <tr><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td></tr> <tr><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td></tr> <tr><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td></tr> <tr><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> <tr><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td></tr> <tr><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td></tr> <tr><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> </table>	ANE	ANE	ANE	ANE	ANE	LAE	LAE	LAE	LAE	LAE	LME	LME	LME	LME	LME	LPE	LPE	LPE	LPE	LPE	APD	APD	APD	APD	APD	PM	PM	PM	PM	PM	PE	PE	PE	PE	PE	PD	PD	PD	PD	PD	APD	APD	APD	APD	APD	<table border="1"> <tr><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td></tr> <tr><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td></tr> <tr><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td></tr> <tr><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> <tr><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td></tr> <tr><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td></tr> <tr><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> </table>	ANE	ANE	ANE	ANE	ANE	LAE	LAE	LAE	LAE	LAE	LME	LME	LME	LME	LME	LPE	LPE	LPE	LPE	LPE	APD	APD	APD	APD	APD	PM	PM	PM	PM	PM	PE	PE	PE	PE	PE	PD	PD	PD	PD	PD	APD	APD	APD	APD	APD	<table border="1"> <tr><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td></tr> <tr><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td></tr> <tr><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td></tr> <tr><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> <tr><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td></tr> <tr><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td></tr> <tr><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> </table>	ANE	ANE	ANE	ANE	ANE	LAE	LAE	LAE	LAE	LAE	LME	LME	LME	LME	LME	LPE	LPE	LPE	LPE	LPE	APD	APD	APD	APD	APD	PM	PM	PM	PM	PM	PE	PE	PE	PE	PE	PD	PD	PD	PD	PD	APD	APD	APD	APD	APD	<table border="1"> <tr><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td></tr> <tr><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td></tr> <tr><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td></tr> <tr><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> <tr><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td></tr> <tr><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td></tr> <tr><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> </table>	ANE	ANE	ANE	ANE	ANE	LAE	LAE	LAE	LAE	LAE	LME	LME	LME	LME	LME	LPE	LPE	LPE	LPE	LPE	APD	APD	APD	APD	APD	PM	PM	PM	PM	PM	PE	PE	PE	PE	PE	PD	PD	PD	PD	PD	APD	APD	APD	APD	APD
ANE	ANE	ANE	ANE	ANE																																																																																																																																																																																			
LAE	LAE	LAE	LAE	LAE																																																																																																																																																																																			
LME	LME	LME	LME	LME																																																																																																																																																																																			
LPE	LPE	LPE	LPE	LPE																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
PM	PM	PM	PM	PM																																																																																																																																																																																			
PE	PE	PE	PE	PE																																																																																																																																																																																			
PD	PD	PD	PD	PD																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
ANE	ANE	ANE	ANE	ANE																																																																																																																																																																																			
LAE	LAE	LAE	LAE	LAE																																																																																																																																																																																			
LME	LME	LME	LME	LME																																																																																																																																																																																			
LPE	LPE	LPE	LPE	LPE																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
PM	PM	PM	PM	PM																																																																																																																																																																																			
PE	PE	PE	PE	PE																																																																																																																																																																																			
PD	PD	PD	PD	PD																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
ANE	ANE	ANE	ANE	ANE																																																																																																																																																																																			
LAE	LAE	LAE	LAE	LAE																																																																																																																																																																																			
LME	LME	LME	LME	LME																																																																																																																																																																																			
LPE	LPE	LPE	LPE	LPE																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
PM	PM	PM	PM	PM																																																																																																																																																																																			
PE	PE	PE	PE	PE																																																																																																																																																																																			
PD	PD	PD	PD	PD																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
ANE	ANE	ANE	ANE	ANE																																																																																																																																																																																			
LAE	LAE	LAE	LAE	LAE																																																																																																																																																																																			
LME	LME	LME	LME	LME																																																																																																																																																																																			
LPE	LPE	LPE	LPE	LPE																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
PM	PM	PM	PM	PM																																																																																																																																																																																			
PE	PE	PE	PE	PE																																																																																																																																																																																			
PD	PD	PD	PD	PD																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
TOTAL MARCADOS 10	TOTAL MARCADOS 14	TOTAL MARCADOS	TOTAL MARCADOS																																																																																																																																																																																				

NOMECLATURA

A - ÂNGULO
 An - ANTERIOR
 D - DIREITO
 E - ESQUERDO
 L - LATERAL
 M - MÉDIO
 P - POSTERIOR

XIII - CROQUI

LOCAL DESACIDENTADO

Confere com o original
 12/09/13 Elizângela S. Silva
 / Mat. 5725

SIMBOLOGIA

- MARCHA À FRENTE
- ANTES DO ACIDENTE
- APÓS O IMPACTO
- OBJETO FIXO
- ANIMAL
- VEÍCULO
- BICICLETA
- PONTO DE IMPACTO
- PEDESTRE
- POSTE
- ÁRVORE
- ESTILHAÇOS
- MARCAS DE FRENAGEM
- MOTOCICLO
- CARROÇA

DUPLICAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE B.O. AT

Elizângela S. S. de Silva

XIV - CONCORDO COM O CROQUI ORA APRESENTADO

V1

V2



GUARDA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
BRIGADA DE GUARDA DE TRÂNSITO - BGTRAN
BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ANEXO AO BOAT Nº (315/2019)

O preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário

Descreva abaixo, como ocorreu o acidente:

Em Eduardo Viana na PECCS Boatedo
Camaragibe estava de uma moto o Sr. Edvaldo
Assis e ele chegou a bater na moto
que estava com uma colisão na moto.

AVARIAS: Quadro preenchido pelo Agente de Trânsito:

Confere com o original
17/08/19
Elizângela S. Silva
Mat. 5725

EDVALDO SEVERINO GONZAGA R.S. 044.663.354.27

Nome do condutor

CPF

6183199 SAS PE
(Nº RG / Órgão Expedidor)

988457280

Fone

PDY 3548

Placa

19/08/2019

Data

09:40

Hora

PDY 3548

Edvaldo S. G. de Silva

Ass. do Condutor

Observação:

- 1) O condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
- 2) O condutor sempre que possível deverá assinar o croqui e as avarias dos respectivos veículos;
- 3) O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade exclusiva dos condutores.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO Nº 315/2019



CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPÉCIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSEGEIROS	X	X			AUTOMÓVEL	X				CAMINHÃO				
PARTICULAR	X	X			MISTO					CAMINHONETE					ESCOLAR				
ALUGUEL					CARGA					CAMIONETA					MICRO-ÔNIBUS				
REPRESENTAÇÃO					ESPECIAL					TÁXI					MOTOCICLETA	X			
EXPERIÊNCIA					OUTROS					ÔNIBUS					MOTONETA				
															BICICLETA				

MARCAS DE FRENAGEM MEDEM	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
RODAS QUE TRAVARAM	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
DIST. PERCORRIDA APOS ACID.	QUANTIDADE	*****	*****	*****	*****
VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.)	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	Km(S)	*****	*****	*****	*****
	Km(S)	*****	*****	*****	*****

CODIGO	DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4

XII - VITIMAS

1	NOME: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	IDADE: 25	RG/UF: 8.577.299
END.: NÃO COLETADO	BAIRRO: ****	CIDADE: ****	
Ocupação:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE: *****		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****	
☐ USAVA CAPACETE	☒ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : UPA DA CAXANGÁ		
2	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****		
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****		
3	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****		
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****		
4	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****		
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****		

Confere com o original
13/09/19
Elizângela S. Silva
/Mat. 5725



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE

Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade

Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO N.º 315/2019



XIII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

EM ANEXO

XIV - CROQUI

EM ANEXO

XVI - DESCRIÇÃO APARENTES DAS AVARIAS

AVARIAS DO V-1: CAPO AMASSADO, FAROL RISCADO LADO ESQUERDO, PARA CHOQUE DIANTEIRO QUEBRADO, GRADE FRONTAL QUEBRADA. AVARIAS DO V-2: CAIXA DO FAROL QUEBRADA, GUIDON EMPENADO, RETROVISOR LADO DIREITO QUEBRADO, CARENAGEM DO TANQUE DE COMBUSTÍVEL ARRANHADA, BANCO DESENCAIXADO, RABETA QUEBRADA, PLACA AMASSADA, SETA TRASEIRA LADO ESQUERDO QUEBRADA, PARALAMA TRASEIRO QUEBRADO, CAIXA DO PAINEL QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO RASGADO, RODA TRASEIRA QUEBRADA, ALÇA DO PASSAGEIRO QUEBRADA.

OBSERVAÇÕES:

CHEGANDO NO LOCAL DO ACIDENTE UMA ARV-658 DOS BOMBEIROS ESTAVA NO LOCAL SOCCORENDO A VÍTIMA QUE PILOTAVA O V-2. RESPONSÁVEL PELA EQUIPE DO BOMBEIRO SGT. ARAÚJO MAT. 940108-3. DESTINO A UPA DA CAXANGÁ. NÃO FOI INFORMADO O ENDEREÇO DA VÍTIMA SR. DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA DE 25 ANOS. OBS.: A MOTOCICLETA DA VÍTIMA DE PLACA ORM - 9131 FOI ENTREGUE AO SR. JOÃO BATISTA DE ARAÚJO PEREIRA RG 25206, FAMÍLIA DA VÍTIMA. EQUIPE DA BGTRAN - SUB IVANILDO MAT. 0745; GCM CRISTIANO MAT. 5721; VIATURA 02.

XVII - TESTEMUNHAS

1.T - NOME: ***** CPF.N.º: *****
RG.N.º: ***** IDADE: ***** OCUPAÇÃO: *****
LOGRADOURO: ***** N.º ***** BAIRRO: *****
CIDADE: ***** CEP: ***** FONE: *****
2.T - NOME: ***** CPF.N.º: *****
RG.N.º: ***** IDADE: ***** OCUPAÇÃO: *****
LOGRADOURO: ***** N.º ***** BAIRRO: *****
CIDADE: ***** CEP: ***** FONE: *****

XVIII - NOTIFICAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005721	CRISTIANO SILVA	CONFORME ORIGINAL
XIX - TRIAGEM			
DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725
XX - DIGITAÇÃO			
DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725

Confere com o original
19/09/19 Elizângela S. Silva
Mat. 5725



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

N.º 316/2019

I - LOCAL DO ACIDENTE

AV/RUA: AVENIDA BELMINIO CORREIA PE005

BAIRRO: AREINHA

MUNICÍPIO: CAMARAGIBE PONTO DE REF.:

ESTAÇÃO AREINHA

DATA: 19/08/2019

II - HORÁRIO:

09:40 OCORRÊNCIA
10:10 ATENDIMENTO
10:24 LIB. DA VIA
11:27 TÉRM. OCOR.

II - CLASSIFICAÇÃO

☐ SEM VÍTIMAS
☒ COM VÍTIMAS
1 Nº DE FERIDOS
☐ Nº DE MORTOS

IV - NATUREZA

☐ ATROPELAMENTO ☐ PEDESTRE ☐ ANIMAL
☐ ABALROAMENTO ☐ LOGINTUDINAL ☐ TRANSVERSAL
☒ COLISÃO ☐ FRONTAL ☒ TRASEIRA
☐ CHOQUE ☐ OBJETO FIXO ☐ VEÍCULO PARADO
☐ CAPOTAMENTO ☐ TOMBAMENTO ☐ OUTROS

V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA

ACID. VERIFICADO COND. VIA CONS. DA VIA COND. TEMPO SEMAFORO SINALIZAÇÃO
☐ LONGO DA VIA ☒ SECA ☒ PERF. ESTADO ☒ BOM ☒ S/DEFEITO ☐ PERF. ESTADO
☐ CRUZAMENTO ☐ MOLHDA ☐ MAL ILUMINADA ☐ CHUVOSO ☐ C/ DEFEITO ☐ NÃO EXISTE
☐ VIADUTO ☐ OLEOSA ☐ MAL CONSERV. ☐ NUBLADO ☐ DESLIGADO ☒ ILEGÍVEL
☒ F. DE PEDESTF ☐ OUTROS ☐ OUTROS ☐ NÃO EXISTE ☐ INCOMPLETA

VI - CONTROLE DE TRÁFEGO

AGENTE PLACA "PARE" MÃO DE DIREÇÃO DIVISÃO DA VIA
☐ F. DE PEDESTRE ☐ PLACA "DE A PREF." ☒ ÚNICA ☐ FAIXA
☐ F. DE RETENÇÃO ☒ NÃO HÁ PLACAS ☐ DUPLA ☒ CANTEIRO
☒ NÃO HÁ ☐ OUTROS ☐ INGLESA ☐ OUTROS

VII - IDENTIFICAÇÃO

INFRAÇÃO COMETIDA:

CÓDIGO: *****

MARCA/MODELO: HONDA CIVIC EXL CVT COR: BRANCA ANO: 2017 PLACA/UF: PDY 3548
MUNICÍPIO: RECIFE CHASSI: 93HFC2640H2129891 RENAVAL: 1128058968
CONDUTOR: EDVALDO SEVERINO GONZAGA DA SILVA GRAU DE INST.: 3º SEXO: M IDADE: 37
R.G./UF: 6183199 SDS-PE C.P.F.: ***** CNH Nº: 1107713824
CNH REGISTRO Nº: 03711002224 UF: PE CAT.: B VALIDADE: 29/10/2020 HS. DIREÇÃO:
LOGRADOURO: ESTRADA DO BARBALHO Nº 20 CEP.: *****
BAIRRO: IPUTINGA CIDADE: RECIFE UF: PE

PROPRIETÁRIO: MANOELA ALVES DA SILVA CPF/CNPJ: 056.297.414-89
LOGRADOURO: ***** Nº ***** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: RECIFE UF: PE
ARRENDAMENTO MERCANTIL CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

APARÊNCIA

☒ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO

COMPORTAMENTO

☒ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE

TESTE DO BAFÔMETRO

☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXA
☒ NÃO REALIZADO

INFRAÇÃO COMETIDA:

CÓDIGO: *****

MARCA/MODELO: HONDA CG 150 TITAN EX COR: BRANCA ANO: 2014 PLACA/UF: ORM 9131
MUNICÍPIO: RECIFE CHASSI: 9C2KC166OERO13236 RENAVAL: 995052760
CONDUTOR: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA GRAU DE INST.: SEXO: M IDADE: 25
R.G./UF: 8577299 SDS-PE C.P.F.: ***** CNH Nº: 1683484817
CNH REGISTRO Nº: 1683484817 UF: PE CAT.: AB VALIDADE: 01/10/2023 HS. DIREÇÃO:
LOGRADOURO: NÃO COLETADO Nº CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: UF:

PROPRIETÁRIO: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA CPF/CNPJ: 097.702.724-42
LOGRADOURO: ***** Nº ***** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: UF:
ARRENDAMENTO MERCANTIL CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

APARÊNCIA

☐ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO

COMPORTAMENTO

☐ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE

TESTE DO BAFÔMETRO

☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXA
☐ NÃO REALIZADO

Confere com o original

19/09/19 Elizângela S. Silva
Mat. 5725

XII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

V1	V2	V3	V4																																																																																																																																																																																				
<table border="1"> <tr><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td></tr> <tr><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td></tr> <tr><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td></tr> <tr><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> <tr><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td></tr> <tr><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td></tr> <tr><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> </table>	ANE	ANE	ANE	ANE	ANE	LAE	LAE	LAE	LAE	LAE	LME	LME	LME	LME	LME	LPE	LPE	LPE	LPE	LPE	APD	APD	APD	APD	APD	PM	PM	PM	PM	PM	PE	PE	PE	PE	PE	PD	PD	PD	PD	PD	APD	APD	APD	APD	APD	<table border="1"> <tr><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td></tr> <tr><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td></tr> <tr><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td></tr> <tr><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> <tr><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td></tr> <tr><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td></tr> <tr><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> </table>	ANE	ANE	ANE	ANE	ANE	LAE	LAE	LAE	LAE	LAE	LME	LME	LME	LME	LME	LPE	LPE	LPE	LPE	LPE	APD	APD	APD	APD	APD	PM	PM	PM	PM	PM	PE	PE	PE	PE	PE	PD	PD	PD	PD	PD	APD	APD	APD	APD	APD	<table border="1"> <tr><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td></tr> <tr><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td></tr> <tr><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td></tr> <tr><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> <tr><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td></tr> <tr><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td></tr> <tr><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> </table>	ANE	ANE	ANE	ANE	ANE	LAE	LAE	LAE	LAE	LAE	LME	LME	LME	LME	LME	LPE	LPE	LPE	LPE	LPE	APD	APD	APD	APD	APD	PM	PM	PM	PM	PM	PE	PE	PE	PE	PE	PD	PD	PD	PD	PD	APD	APD	APD	APD	APD	<table border="1"> <tr><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td><td>ANE</td></tr> <tr><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td><td>LAE</td></tr> <tr><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td><td>LME</td></tr> <tr><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td><td>LPE</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> <tr><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td><td>PM</td></tr> <tr><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td><td>PE</td></tr> <tr><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td><td>PD</td></tr> <tr><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td><td>APD</td></tr> </table>	ANE	ANE	ANE	ANE	ANE	LAE	LAE	LAE	LAE	LAE	LME	LME	LME	LME	LME	LPE	LPE	LPE	LPE	LPE	APD	APD	APD	APD	APD	PM	PM	PM	PM	PM	PE	PE	PE	PE	PE	PD	PD	PD	PD	PD	APD	APD	APD	APD	APD
ANE	ANE	ANE	ANE	ANE																																																																																																																																																																																			
LAE	LAE	LAE	LAE	LAE																																																																																																																																																																																			
LME	LME	LME	LME	LME																																																																																																																																																																																			
LPE	LPE	LPE	LPE	LPE																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
PM	PM	PM	PM	PM																																																																																																																																																																																			
PE	PE	PE	PE	PE																																																																																																																																																																																			
PD	PD	PD	PD	PD																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
ANE	ANE	ANE	ANE	ANE																																																																																																																																																																																			
LAE	LAE	LAE	LAE	LAE																																																																																																																																																																																			
LME	LME	LME	LME	LME																																																																																																																																																																																			
LPE	LPE	LPE	LPE	LPE																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
PM	PM	PM	PM	PM																																																																																																																																																																																			
PE	PE	PE	PE	PE																																																																																																																																																																																			
PD	PD	PD	PD	PD																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
ANE	ANE	ANE	ANE	ANE																																																																																																																																																																																			
LAE	LAE	LAE	LAE	LAE																																																																																																																																																																																			
LME	LME	LME	LME	LME																																																																																																																																																																																			
LPE	LPE	LPE	LPE	LPE																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
PM	PM	PM	PM	PM																																																																																																																																																																																			
PE	PE	PE	PE	PE																																																																																																																																																																																			
PD	PD	PD	PD	PD																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
ANE	ANE	ANE	ANE	ANE																																																																																																																																																																																			
LAE	LAE	LAE	LAE	LAE																																																																																																																																																																																			
LME	LME	LME	LME	LME																																																																																																																																																																																			
LPE	LPE	LPE	LPE	LPE																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
PM	PM	PM	PM	PM																																																																																																																																																																																			
PE	PE	PE	PE	PE																																																																																																																																																																																			
PD	PD	PD	PD	PD																																																																																																																																																																																			
APD	APD	APD	APD	APD																																																																																																																																																																																			
TOTAL MARCADOS 10	TOTAL MARCADOS 14	TOTAL MARCADOS	TOTAL MARCADOS																																																																																																																																																																																				

NOMECLATURA

A - ÂNGULO
 An - ANTERIOR
 D - DIREITO
 E - ESQUERDO
 L - LATERAL
 M - MÉDIO
 P - POSTERIOR

XIII - CROQUI

LOCAL DESACIDENTADO

Confere com o original
 12/09/13 Elizângela S. Silva
 / Mat. 5725

SIMBOLOGIA

- MARCHA À FRENTE
- ANTES DO ACIDENTE
- APÓS O IMPACTO
- OBJETO FIM
- ANIMAL
- VEÍCULO
- BICICLETA
- PONTO DE IMPACTO
- PEDESTRE
- POSTE
- ÁRVORE
- ESTILHAÇOS
- MARCAS DE FRENAGEM
- MOTOCICLO
- CARROÇA

DUPLICAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE B.O. AT

Elizângela S. S. Silva

XIV - CONCORDO COM O CROQUI ORA APRESENTADO

V1

V2



GUARDA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
BRIGADA DE GUARDA DE TRÂNSITO - BGTRAN
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ANEXO AO BOAT Nº (315/2019)

O preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário

Descreva abaixo, como ocorreu o acidente:

Eu, Edvaldo Viana na rua Peças Boatado
Camaragibe atras de uma moto o Sinal Verde
Amarelo eu cheguei a bater na moto
eu lançando uma colisão na moto.

AVARIAS: Quadro preenchido pelo Agente de Trânsito:

Confere com o original
17/08/19
Elizângela S. Silva
Mat. 5725

EDVALDO SEVERINO GONZAGA Mat. 044.663.354.27
Nome do condutor CPF

6183199 SAS DE
(Nº RG / Órgão Expedidor)

988457280
Fone

PDY 3548
Placa

19/08/2019
Data

09 40
Hora

PDY 3548

Edvaldo S. G. de Silva
Ass. do Condutor

Observação:

- 1) O condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
- 2) O condutor sempre que possível deverá assinar o croqui e as avarias dos respectivos veículos;
- 3) O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade exclusiva dos condutores.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO N.º 315/2019



CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPÉCIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSEGEIROS	X	X			AUTOMÓVEL	X				CAMINHÃO				
PARTICULAR	X	X			MISTO					CAMINHONETE					ESCOLAR				
ALUGUEL					CARGA					CAMIONETA					MICRO-ÔNIBUS				
REPRESENTAÇÃO					ESPECIAL					TÁXI					MOTOCICLETA	X			
EXPERIÊNCIA					OUTROS					ÔNIBUS					MOTONETA				
															BICICLETA				

MARCAS DE FRENAGEM MEDEM	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
RODAS QUE TRAVARAM	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
DIST. PERCORRIDA APOS ACID.	QUANTIDADE	*****	*****	*****	*****
VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.)	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	Km(S)	*****	*****	*****	*****
	Km(S)	*****	*****	*****	*****

CODIGO	DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4

XII - VITIMAS

1	NOME: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	IDADE: 25	RG/UF: 8.577.299
END.: NÃO COLETADO	BAIRRO: ****	CIDADE: ****	
OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE: *****		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****	
☐ USAVA CAPACETE	☒ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : UPA DA CAXANGÁ		
2	NOME: *****	IDADE: ****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
OCUPAÇÃO: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****		
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****		
3	NOME: *****	IDADE: ****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
OCUPAÇÃO: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****		
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****		
4	NOME: *****	IDADE: ****	RG/UF: *****
END.: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
OCUPAÇÃO: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****		
TIPO DE VEÍCULO: *****	GRAVIDADE: *****		
☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS: *****	
☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : *****		

Confere com o original
13/09/19 Elizângela S. Silva
1 /Mat. 5725



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE

Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade

Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO N.º 315/2019



XIII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

EM ANEXO

XIV - CROQUI

EM ANEXO

XVI - DESCRIÇÃO APARENTES DAS AVARIAS

AVARIAS DO V-1: CAPO AMASSADO, FAROL RISCADO LADO ESQUERDO, PARA CHOQUE DIANTEIRO QUEBRADO, GRADE FRONTAL QUEBRADA. AVARIAS DO V-2: CAIXA DO FAROL QUEBRADA, GUIDON EMPENADO, RETROVISOR LADO DIREITO QUEBRADO, CARENAGEM DO TANQUE DE COMBUSTÍVEL ARRANHADA, BANCO DESENCAIXADO, RABETA QUEBRADA, PLACA AMASSADA, SETA TRASEIRA LADO ESQUERDO QUEBRADA, PARALAMA TRASEIRO QUEBRADO, CAIXA DO PAINEL QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO RASGADO, RODA TRASEIRA QUEBRADA, ALÇA DO PASSAGEIRO QUEBRADA.

OBSERVAÇÕES:

CHEGANDO NO LOCAL DO ACIDENTE UMA ARV-658 DOS BOMBEIROS ESTAVA NO LOCAL SOCCORENDO A VÍTIMA QUE PILOTAVA O V-2. RESPONSÁVEL PELA EQUIPE DO BOMBEIRO SGT. ARAÚJO MAT. 940108-3. DESTINO A UPA DA CAXANGÁ. NÃO FOI INFORMADO O ENDEREÇO DA VÍTIMA SR. DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA DE 25 ANOS. OBS.: A MOTOCICLETA DA VÍTIMA DE PLACA ORM - 9131 FOI ENTREGUE AO SR. JOÃO BATISTA DE ARAÚJO PEREIRA RG 25206, FAMÍLIA DA VÍTIMA. EQUIPE DA BGTRAN - SUB IVANILDO MAT. 0745; GCM CRISTIANO MAT. 5721; VIATURA 02.

XVII - TESTEMUNHAS

1.T - NOME: ***** CPF.N.º: *****
RG.N.º: ***** IDADE: ***** OCUPAÇÃO: *****
LOGRADOURO: ***** N.º ***** BAIRRO: *****
CIDADE: ***** CEP: ***** FONE: *****
2.T - NOME: ***** CPF.N.º: *****
RG.N.º: ***** IDADE: ***** OCUPAÇÃO: *****
LOGRADOURO: ***** N.º ***** BAIRRO: *****
CIDADE: ***** CEP: ***** FONE: *****

XVIII - NOTIFICAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005721	CRISTIANO SILVA	CONFORME ORIGINAL
XIX - TRIAGEM			
DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725
XX - DIGITAÇÃO			
DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725

Confere com o original
19/09/19 Elizângela S. Silva
Mat. 5725

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 097.702.724-12 4 - Nome completo da vítima: David Kelvin Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: David Kelvin Costa de Souza 6 - CPF: 097.702.724-12
7 - Profissão: Barbeiro 8 - Endereço: Rua dos Orquideiros 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Varzea 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: 14 - CEP: 50.850-550
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 99741011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0678 CONTA: 68225-9 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vênuscor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 20 de novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 097.702.724-12 4 - Nome completo da vítima: David Kelvin Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: David Kelvin Costa de Souza 6 - CPF: 097.702.724-12
7 - Profissão: Barbeiro 8 - Endereço: Rua dos Orquidear 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Varzea 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: 14 - CEP: 50.850-550
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 99741011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0678 CONTA: 68225-9 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vênuscor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 20 de novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)