



MÉDICO REGULADOR <i>Ma. Bonfim</i>			TARIM			OPERADOR DE FROTA <i>Jurubel</i>	
IDENTIFICAÇÃO	DATA <i>23/06/18 07:15</i>	HORA <i>07:15</i>	ID <i>5493.134</i>	Nº OCORRÊNCIA <i>5493.134</i>	UNIDADE MÓVEL <i>225.5</i>	BASE DA UNIDADE <i>Sampa Orobó</i>	
	ENDERECO DA OCORRÊNCIA <i>Sítio Marjão</i>			BAIRRO <i>Zona Rural</i>			Nº <i>511</i>
PONTO DE REFERÊNCIA <i>Brinquedo ao lado do Banco da Creda</i>			MUNICÍPIO <i>Cirilo</i>				
NOME DA VITIMA <i>Sebastião Alves da Silva</i>						IDADE <i>26</i>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SOLICITANTE/FONE <i>Giovane</i>						CARTÃO DE SAÚDE - SUS <i>1101011340010029141</i>	
QUEIXA <i>Fratura de Fémur Fractura exposta</i>							
Comunicação Saída da base		Chegada no local	Salida no local	Entrada no destino	Entrada na base	Local não encontrado	Cancelada
07:16		<i>07:40</i>	<i>08:15</i>	<i>08:25</i>	<i>09:35</i>		
<input type="checkbox"/> Orientação <input checked="" type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Cancelada antes da regulação <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Cancelada							

Transeferência (separada)

- Tipo de Transito:
 Acidente Trânsito: *motocicleta*
 Pedestre
 Condutor do veículo
 Passageiro do veículo
 Agressão
 Clínico
 Desabrigamento/Desarranjo

- Electrônico
 PAF
 PAP
 Sistema-estatístico
 Unidade Móvel
 Pediátrico
 Psiquiátrico
 Quase Agravamento

- Queda _____
 Queimadura _____
 Térmica _____
 Química _____
 Elétrica _____
 Outras: _____

Antecedentes:

- AIDS
 Alcoolismo
 Alergia
 AVC
 Cirurgias Realizadas

- Convulsões
 Diabetes
 Doença Cardíaca
 Doença Infecto-contagiosa
 Doença Mental
 Doença Renal
 Doenças Raras: *TRAJETO CORRETORA DE SEGUROS LTD*
 Convulsões
 Diarreia
 Dificuldade Respiratória
 Dor Local
 Febre
 Inconscientia/Desmaio: *Vista - CEP: 50.060-010*
 Palidez

- Drogadição
 Hipertensão Arterial
 Internamentos anteriores
 Medicamento: _____
 Problemas Respiratórios: _____
 Outros: *vacina*

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas
 Agitação/agressividade
 Alergia
 Ausência de pulso
 Clamor

- 26 Nov 2018*
 Convulsões
 Diarreia
 Dificuldade Respiratória
 Dor Local
 Febre
 Inconscientia/Desmaio: *Vista - CEP: 50.060-010*
 Palidez
 Sangramento
 Vômito
 Outros: _____

Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Rua da Aurora, 10 175, 51-901 BL C

Dados Vitais:

Hora	PA	P脉	PR	Temp. Axilar	Síntoma	Saturação O2 %	Escala de Glasgow
07:25 160X100	21	101	36,5°C	125	99	15	
09:50 140X80	22	105	36,5°C	125	98	15	

RESPIRAÇÃO:

- Via Aérea:
 Livre
 Obstrução Parcial
 Total
 Corpo Estranho
 Brônquio Aspiração
 Edema da Glote
 OBS: Achados: Criseptação Enfisema Subcutâneo Expectorado mucoso/purulento Hemoptise Hálito Bilioso Outros

Respiração/Ventilação:

- Espontânea
 Parada Respiratória
 Assistida
 Rítmo Irregular

Auscultar:

- Normal
 Roncos/sibilos
 Estertores
 Diminuição IJV
 Ausência IJV

Experiências:

- Normal
 Superficial
 Regular
 Irregular

CIRCULAÇÃO:

- Pálida Clamor Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros:
 Edema Aumento Palpável Inferiores Anasarca
 Perfusão Normal Retardada Aparece Ausente
 Pulso Regular Irregular Fino Chalo Ausente
 Auscultar Normal Alterado Regulares Atrito pericárdio Arritmia Sopro
 ECG Normal Alterado Não realizado

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Notificado pelo Nef
Leandro
26/06/2018
HOF
GES ME

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 778590

Prontuário: 10R2108

Nome: LEANDRO ALVES DA SILVA

Data Nasc.: 09/02/1892 Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: RG:

CNS: 700403409802941

Endereço: SITIO MACAMBIRABA

Bairro: CENTRO

Cidade: BOM JARDIM

Nº: 0

CEP: 55730976

Fone: 558197817762

Celular:

Acompanhante:

Profissão:

Nome da Mãe: GEILSA ALVEZ DE OLIVEIRA SILVA

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/06/2018 12:12

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Psefute vitu

Exame Físico:

DE ADOPTA PA: FC: FR:

Motore estatica

Diag. Provisório:

FMAS. DIAFISAN
FPM (E)

Prescrição:

Dieta: _____

Tata

Horário

SACUTIN X
DO ROWX PTO

05.807.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C

Boa Vista - CEP 50.000-010

SP/CEP-PT



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Leandro Alves

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
24/06/13		Paciente evolui com CG regular, consciente, orientado, evita humor, evita sono, evita fome, aguardando alta para saída.
24/06/13 21h		Revisada FGN, constata-se ausência de suspeira, ofício, sintoma de fome, pulso 88, pressão 120/80 mmHg
25/06/13 09:45		Enfermagem #
06/07/13		Paciente evolui CG regular, orientado, evita humor, evita sono, APRANSÉ, dor no D, menor intensidade → liberação hospitalar
19/07/13		
25/07/13 22:30		# Enfermagem #
		Ricavo o paciente em PDI da Trajetória (E), CGR, consciente, orientado, acalmado, indumento nem necessária, movimento apagado ao toque, sente bem a cuta VO iluminoscópsa fisiológicas visente, níveis DM normais, tolerância a medicamentos adequada considerando as informações
		05.802.494/0001-11 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
		26 NOV 2013
		Rua da Aurora, nº 175, 51.902-010 Boa Vista - CEP: 50.060-010 SERIE: 00
		Mario Pimentel 1677

PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

20

Data	23/06/18	Hora	8:35	Registro	594510
Nome	Leandro Alves de Souza			Referência	
Endereço	Vargas 211	Cidade	Capela		
Bairro		Cor		Profissão	
Idade	26	Sexo	Male		
Responsável				Fone:	
Endereço Responsável				SUS:	700 4034.0880. 2991
Nascimento	09/02/1992				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO					
VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO					
POR	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO					
ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO					
	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> OUTROS TIPOS DE ACIDENTES					
	<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> LOCAL DE OCORRÊNCIA					
	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro

QUEIXAS

(Assinatura do paciente)

EXAME FÍSICO

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURO SAÚDE

PA

PESO

FC

26-NOV-2018

TEMPERATURA

Rua da Aurora, 175, S/ 502 Bl. F
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

Dr. Pedro Henrique
CRM-PE 100.000

23-NOV-2018

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

MÉDICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: LEANDRO ALVES DA SILVA

SEXO: M

N° DO PRONTUÁRIO: 1062106

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO (AV./RUA): LEITO SR

Nº: BLOCO: BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25 NOV 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO INICIAL:

O MESMO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÉMUR
ESQUERDO

CÓDIGO:

Descrição da Clínica/Especialidade: TRAUMATOLOGIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA: 04/07/18

DATA: 04/07/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

Nome: Leandro Alves da Silva

Endereço: 26 anos

RECEITUÁRIO

Conselheiros o Dr.ºs.
Vicente José da Silva
X - anos. Causa de
admissão é: mal de
estômago. Medicamento
recebido é: Nodur 500
mg. Consulta 15/05
11:30:00 100% de
satisfação com
atendimento é de 4,6
159836

Dr. Pedro Duarte
CRM: 1111
23 JUN 2018

Bom Jardim, / / Médico

05.202.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

EVOLUÇÃO

C. Sul (Cravuma) DN. 09/02/192
- Deaudice Alves da Silva (26 anos)
Filiação: Cícero Ferreira da Silva e
Gelma Alves de Oliveira Silva.
Endereço: Sítio Mançobaia, s/nº, zona
Rural de Bom Jardim.
Referência: Posto de Saúde - Bom Jardim.
Documento: RG 8 980 589 SDS IPE e CPF
nº 017.894.029-09.
Fone para visitas: 99764-7762 (esposa)
99740-8899 (Pereira). 99309905 (Cravuma).
Entrevistado: Cláudia Alves Matias Silva (sp.)
* Perdeu os pais, irmãos, 3 filhos;
* Não tem parente; não trabalha; não faz missas;
* Agricultra, seu vínculo empregatício;
* Reuniões de classe (desempregado);
* Busca por nova convivência permanentemente
do Programa Bela Família da espessa.
* Ocupa restos hospitalares → DPVAT.
* Fratura de genitália, autorizo aceitação;
D, Válido até 26/06/18 ~ ".

Precife 23/06/2018 Cravuma

ALCINHA X. L. ADRIANO
LICENCIADO
CRESCEME - T-141
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26/06/2019

Rua da Amizade, nº 175, sl. 902 BL E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DATA DA HOMOLOGAÇÃO 15/12/2017	Rua Aprigio Guimarães, s/n - Teljóo Recife - PE CEP: 50920-640 Fone: 3182-8500	DATA DA REVISÃO 15/12/2019	HOF01
--------------------------------	---	----------------------------	-------

Ledson Alves da Silva

25-2

06/07/18 Fisioterapia motora (030205001-9)

Foi realizado cinestoterapia ativa com articulações livres. Cinestoterapia passiva no joelho; isométrica de quadríceps e orientações de posicionamento.
Ass: Melissa Monteiro

Julia
Wayne

Julia Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 134625-F

06/07 Enfermeira

Pac: Sena d^a DOP de MTE, acidentado
realizou Cerrito em MTE férme.
Sobre um STB sq.

Obs. pac: se falt^{ar} ao hág parte.

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26/11/2019

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 Bl C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
06/10/18	14:00	Fisioterapia motora (030205001-5) Realização de rescaldação e flexão de MMS e MLD, bombas tibiais semelha e uso métrico de distâncias (MIE) previsão parento, gelofator.
07/10/18	14:00	Fisioterapia motora (030205001-5) Paciente nem queixas, em movimento mantendo conciliar.
07/10/18	14:00	Fisioterapia motora (030205001-5) Paciente com queixa de dor no lado esquerdo, com intensidade moderada, envolvendo ombro, braço, mão e dedos.
03/10/18	14:00	Fisioterapia motora (030205001-5) Em avaliação com tratamento tibio-távula; isométrica de extensores, prioritariamente no Duto Acet. M. línia Mentura.
04/10/18	14:00	HOF Realizado exames Radiográficos (lateral, AP, estudo ósseo). Rep. Ass.
05/10/18	14:00	FISIOTERAPIA MOTORA 030205001-9 Orientações de posicionamento, cinésio terapêutico assistida em anti-rotacionais isométricos golpes + gentiles

X R S R A

05.007.000.000
TELEFON: 00000000
FAX: 00000000
E-mail: 00000000
www.00000000

Openings, 2000
1999, 2000, 2001

1999, 2000, 2001

1999, 2000, 2001

1999, 2000, 2001



A photograph of a man from the waist up, facing right. He has short brown hair and is wearing a black tank top with the word "VALHALLA" printed on it in white, outlined in red. He is also wearing orange swim trunks. He is standing on a sidewalk next to a white wall. In the background, there is a white chair and some vertical blinds on a window.

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, nº 175, bl. 902 Bl. C
Belo Horizonte - CEP: 51.060-010
MG/BRASIL

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



- Evolução / Exames

HOF

Reunião exames Radiológicos

folha E - Pren. 1.º fechado, 23/06/2018
Res. RS. Mário

23/06/18 | N. emp. m/c em

Paciente que chega com suspeita de contusão torácica e hemorragia interna. Foi dito o dito é 00:00h.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Ata: _____ / _____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Procedimento:

05.802-494/0001-A1
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
25 MMU 7/9
Rua da Aurora, nº 175, 51.902-860
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

g. Definitivo:

Assinatura

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Transferência: _____ Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Ata: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

3/2018 12:13:21 PM

de 2

Usuario do Atendimento
DEMETRIUSSA

Principais lesões	Céfalo	Pescoco	Dorsos	Torax	Abdômen	Pelve	MS		MB	
							S	D	E	D
Amputação							X	X	X	
Contusão										
Escoamento										
Estragamento										
Perfuração										
Contuso							X			
Frat. Fechada										
Frat. Aberta										
Aceleração										
Luxação										
Quimiotrauma										

OBSERVAÇÕES

Paciente queixa-se de forte dor em MIF + Fratura de Fémur Esquerdo + Sangramento

EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Sonolência
- Coma
- Confusão
- Convulsão
- Otorragia Direita
- Otorragia Esquerda
- Sinal Babite Direito
- Sinal Babite Esquerdo
- Sinal de Guazinini direito
- Sinal de Guazinini esquerdo
- Rigididade nuca
- Afasia

- Miopia Direita
- Miopia Esquerda
- Midriase Direita
- Midriase Esquerda
- Paralisia
- Paresia
- Anestesia

- Paroxismo
- Arreflexia
- Pupilas reagentes
- Pupilas não reagentes
- outros:

SEGMENTO:

Pescoco:

- Turgência jugular
- Turgência jugular
- Enfisema subcutâneo
- Outros:

Abdômen:

- Distensão
- Asciata
- Doloroso/Defeso
- Espasmogênio
- Hepatomegalia
- Irritação peritoneal
- Normal
- Outras

Urogenital:

- Anúria
- Cidrôngeo Direito
- Cidrôngeo Esquerdo
- Hematuria
- Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento
- Hemorragia vaginal
- Normal
- 0-1 cont./10m
- 1-3 cont./10m
- 3-5 cont./10m
- >5 cont./10m
- Outras: Aurora, 20/175, 15/902 BL-C

PROCEDIMENTOS:

- Desobstrução Vias Aéreas
- Entubação Nasotracheal
- Cânone Orotaringea
- Cricotrioidostomia
- Ventilação Iléocálica Ambu
- Respirador
- Inalação O2
- Toracocentose c/ Agulha Direita

APGAR:

- Toracocentose c/ agulha esquerda
- Drenagem Torácica Direita
- Drenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Defibrilação/Cardioversão
- Controle Hemorrágico
- Curativo
- Punção Venosa Periférica
- Punção Venosa Central

Nascitudo:

- Sonda Gástrica
- Sonda Vesical
- Sedação
- Imobilização Membros
- Colar Cervical
- Téles/Tração
- Entubação Orotraqueal
- Traqueostomia
- Monitorização cardíaca / Oximetria
- Outros

Diagnósticos:

TERAPÉUTICA:

Reservatório Venofluídico	Volume	Medicamentos	Dose	Via	Notas
Ringer Iactato	500 ml				
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,9%					
Outros					

DESTINO:

Hospital de Bom Jesus

Assinatura e carimbo do médico

(Unidade de destino)

Município: Bom Jesus - PE

HORA: 07:00

INTERDISCIPLINARIA: Clínica médica

PERTENÇE DO PACIENTE:

Descrição	Name e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:	Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enfermagem	Condutor
	Drº Romulo		Rafael Rodolfo Leonison	

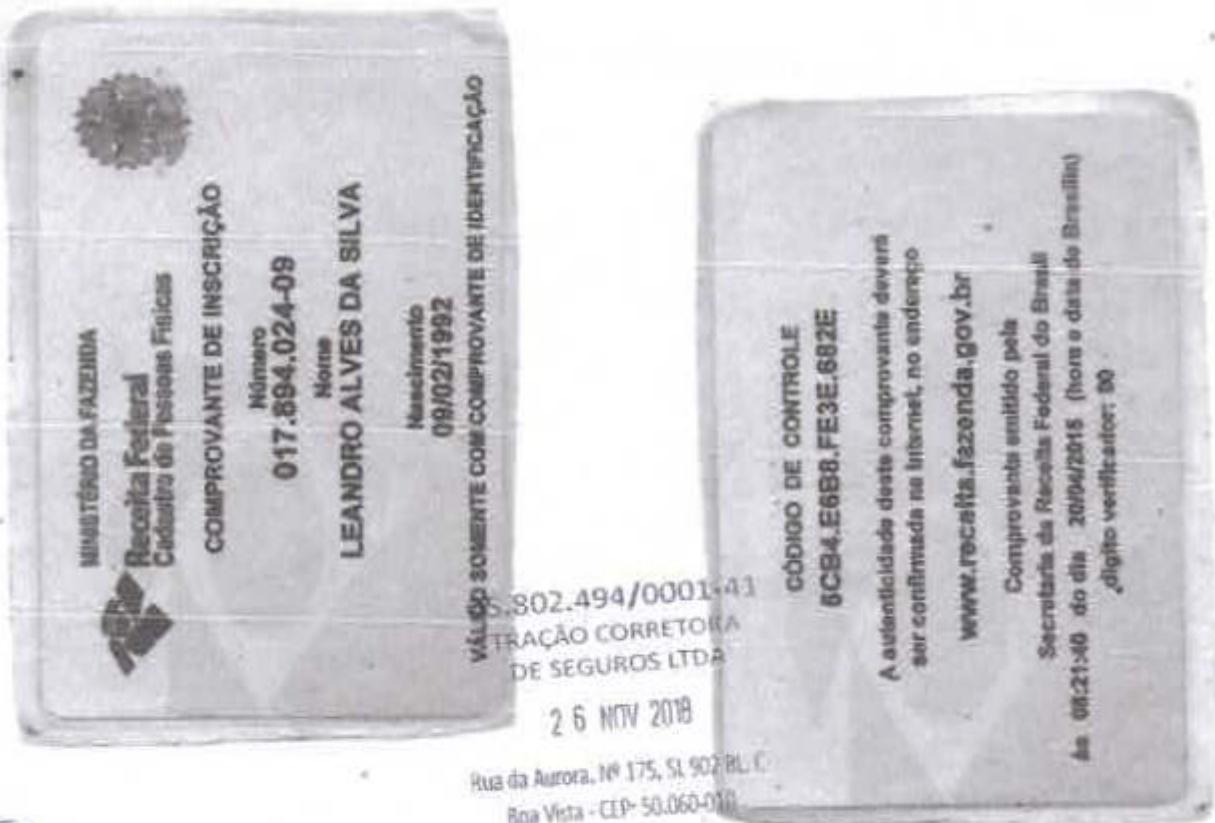
TERMO DE RECUSA:
Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANO, nessa oportunidade:

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

05.802.494/0001-41
TRANSAÇÕES CORRETORA
DE SEGUIMENTOS

16/09/2018

INTERAGIR, INVESTIR, SISTEMLIC
SISTEMA DE INVESTIMENTOS
BENEFÍCIOS



Prontuário
Otávio de Freitas
Data: 23/06/2018



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25 NOV 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE **Nº 013935177533**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLA 1	CPF / CNPJ 930 344 234-20	RNFRC RENOVADA	EXERCÍCIO 2018
NOME ROBERTO APÓSIO MARTINS			
BOM JARDIM-PE			
PLACA ANT./MF 9048320810	PLACA PCV2655	CHASSIS 9G2KD0540BR097454	
ESPECIE TIPO PAS / MOPED/CICLO	COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL.		
MARCA / MODELO HONDA/SHR150 VERDE X60	ANO FAB. 2014	ANO MOD. 2014	
CAF / POF / KEL 2P/149CL	CATEGORIA PÁRTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
IPVA 2018 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
PRIMA IPVA	PAGAMENTO 4 COTAS	1 ^a * * * * * 2 ^a * * * * * 3 ^a * * * * *	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	DE R\$	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADORA OFICIAL DO DETRAN/PE			
OBSERVAÇÕES			

SIM RESERVA **NOTA FISCAL OBRIGATÓRIA**
AO VENDEDOR PARA TRANSMIÇÃO

Roberto Apóisio Martins

BOM JARDIM-PE
CHARLES ANDRESS SOUZA FILHO/LE
DIRETOR Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSUAIS CAUACAO BY AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013935177533 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ROBERTO APÓSIO MARTINS
NITTO TANQUETA 200
CASA BOCA RURAL, BOM JARDIM-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/03/18

PLACA PCV2655

RENAVAM 9048320810 MARCA/Modelo HONDA/SHR150 X60

ANO FAB. 2014 CATEG. 09 9G2KD0540BR097454

PRÉMIO TARIFÁRIO

RESUME DEMTRAN/PE CUSTO DO SEGURO PR

CUSTO DO BILHETE R\$ 10,00 PAGAMENTO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CRNE 09.276.800/0001-04

INSTRUÇÕES E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
NÃO HÁ DE PAGAMENTO OBRIGATÓRIO.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26/03/2018

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-510
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180555050 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180555050 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Leandro Alves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 8.980.589, expedido por SAS/PE, em
11/06/2015, inscrito no CPF sob o nº 017.899.024-09, residente na
Sítio Belmonte, nº 5/V1,
complemento casa, bairro Zona Rural, cidade
Bom Jardim, Estado PE.

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SAS/PE, em
06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na
Rua da Alegria, nº 317,
complemento casa, bairro Centro, cidade
Limoeiro, Estado PE.

Amplas poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Bom Jardim, 15 de agosto de 2018

Outorgante X Leandro Alves da Silva

Cartório



Cartório Sérgio Vasconcelos

Sergio Reisoli Vasconcelos - TANQUE

Rua Doutor Lima, 12 - Centro
Nan. Centro/PE - Cep 50170-000
Tel (81) 3638-2230

Reconheço por autenticidade a firma de LEANDRO ALVES DA SILVA, Bom Jardim, 15 de agosto de 2018. Em testemunha
da verdade, JOSÉ CARLOS DA SILVA BEZERRA, ESCREVENTE AUTORIZADO Enal.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40
- TSHC: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79 Selos:
0077586-NP05271801.02267 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426754/18

Vítima: LEANDRO ALVES DA SILVA

CPF: 017.894.024-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/06/2018

Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

LEANDRO ALVES DA SILVA : 017.894.024-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Caroliny Lins Veloso

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180555050**
Vítima: **LEANDRO ALVES DA SILVA**
Data do Acidente: **23/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180555050**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

017.894.024-09 Leandro Alves da Silveira

CIRCULAR SUSEP 100.439/2012

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO)	
Nome completo: Leandro Alves da Silveira Profissão: agricultor Salário: Zona Rural E-mail:	
Endereço: Sítio Belo Monte Cidade: Bonfim Estado: PE	
CPF: 017.894.024-09 Número: 868 Complemento: Casa	
CEP: 55.730-000 Tel (DDO): (81) 99938-8886	

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2369** 8 CONTA: **20.792** 6

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei** uma das opções:

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 à custa da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 38, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima deixou pais/av

Lentiforme Daefti
SALDO: 0001
AGENCIA: 02369
CONTA: 0000000020792 - 6
FAVORITO: LEMARO ALVES DA SILVA
VALOR DEPOSITO: R\$20,00

Bande Muia Voce
Via Clienti
SANT'APIREZZO SANTA TERESA
PESCARA 56100 ITALIA Tel. 085 2399008
20/09/08 10:52:45

CORRAS-00000000000000000000000000000000
29.09.2018 BANCO DO BRASIL 10:52:46
736999999999 CORRESPONDENTE BANCÁRIO 00002
CORRESPONDENTE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLERK: LEANDRO ALVES 04-53114
AGENCY: 2009-6 COMTA: 20-797-6

DATA 20/09/2018
 N.º DOCUMENTO 27.696 R\$0,300,982
 VALOR DÍGITE IBO 20,00
 VALOR TOTAL 20,00

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25 Nov 1919

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BOM JARDIM
117ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ºCIRC
DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0207000666

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/09/2018 às 11:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/6/2018 às 07:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1, SITIO VARJÃO, ZONA RURAL DE BOM JARDIM/PE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO BAR DE BRANCO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26/09/2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ROBERTO AFONSO MARTINS (OUTRO)
LEANDRO ALVES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO; (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LEANDRO ALVES DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

LEANDRO ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GEILSA ALVES DE OLIVEIRA SILVA** Pai: **CICERO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **9/2/1982** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8980589/SDS/PE (RG), 01789402409 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 97408894**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1, SITIO MACAMBIRA, ZONA RUARAL DE BOM JARDIM/PE - CEP: 55730000** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO /BRASIL, POSTO DE SAÚDE**

ROBERTO AFONSO MARTINS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA FERREIRA DA SILVA** Pai: **PEDRO AFONSO MARTINS** Data de Nascimento: **12/10/1974** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4812134/SDS/PE (RG), 93034423420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1, DISTRITO TAMBOATA - CEP: 55730000** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA HONDA NXR/150 BROS ESD (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBERTO AFONSO MARTINS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO ALVES DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: Não
 Cor: **PRETA** - Quantidade: 1 (**UNIDADE NÃO INFORMADA**)

Placa: **PGV2655** (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: **104832081** Chassi: **9C2KD0540ER097454**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **RENAVAN Nº 1048320810**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM DO SITIO VARJÃO, NESTE MUNICÍPIO, NO SENTIDO GROBO/ SITIO VARJÃO DE BOM JARDIM, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO LIMITE DO MUNICÍPIO, MAS JÁ NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, FOI SURPREENDIDO EM UMA CURVA POR OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, NA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, DE PLACA E CONDUTOR NÃO ANOTADOS, QUE VEIO A COLIDIR COM A MOTOCICLETA QUE A VITIMA CONDUZIA, CAUSANDO-LHE LESÕES E ESCORIAÇÕES E DANOS NA MOTOCICLETA. APÓS O ACIDENTE O AUTOR EVADIU-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, ENQUANTO A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU AO HOSPITAL DE BOM JARDIM E DEPOIS REMOVIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, NA CAPITAL, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRURGICA POR FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

X *Leandro Alves da Silva*
LEANDRO ALVES DA SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ IGLESIOS CAMPOS DE MORAIS** - Matrícula: **134881-7**



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 26 NOV 2019
 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PB

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

017.894.024-09 Beandro Alves da Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE REnda MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Beandro Alves da Silveira

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Belo Monte

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Bonfim

Estado:

PE

CPF:

017.894.024-09

Número:

868

Complemento:

cessa

CEP:

55.730-900

Tel.(DDD):

(81) 99938-8886

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2369

8

CONTA:

20.792

6

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?

Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

naclucto (vai nascer)?

Sim Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bonfim - PE, 15/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A-ROGO

X Beandro Alves da Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS: AL 802.494/0001-41

1º | Nome: TRAÇÃO CORRETORA
CPF: DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: 2 B MMV Assinatura

CPF: Rua da Aurora, nº 175, 51.907-000
Bom Vista - CEP: 50.000-010

RECIFE-PE Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

20

Data	23/06/18	Hora	8:35	Registro	594510
Nome	Leandro Alves de Souza			Referência	
Endereço	Vila das Flores 20			Cidade	Opelz
Bairro	Vila das Flores	Sexo	Male	Cor	Profissão
Idade	26				
Responsável				Fone:	
Endereço Responsável				SUS:	700 4034.0880.2941
Nascimento	09/02/1992				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSAO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

AGRESSÃO

POR	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

AUTO AGRÉSSÃO / SUICÍDIO

<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LOCAL DE OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--------------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

QUEIXAS

Alívio da dor, febre, cefaleia, náusea, vômito, sudorese, fadiga, desidratação, hipotensão arterial, tontura, confusão mental, convulsões, parada cardiorrespiratória.

EXAME FÍSICO

05.802-494/0001-41

PA

PESO

FC

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA

26 NOV 2018

TEMPERATURA

Rua da Aurora, nº 175, SC 902 BL C
Boa Vista - CEP 51060-010
RECIFE - PE

23 NOV 2018

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

QT veneno lant. s/n.

Qd. suspeita de GIC II católica

MÉDICO RESPONSÁVEL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO ALVES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000000020792-6

Nr. da Autenticação F4994F82375F3EDE

TIM

Av. Ayrton Senna da Silva, 2811, 42 - Jardim das Américas - PE
CEP: 54.200-000 - Recife - PE
CNPJ: 04.200.520/0001-11 - IE: 12.000.000-00
CNPJ do Núcleo Unificado: 00000000136571850010

TIM

Página 1 de 1
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS
DE TELECOMUNICAÇÕES

GEANE DA SILVA COUTINHO
RUA DA ALEGRIA, 317, CASA
CENTRO
55700-000 - LIMOEIRO - PE

CLIENTE: 1.96574105

CHAVES: 02984879451

ACESSO: 41 99936-6666

R\$ 44,99

VENCIMENTO
25/10/2018

EMISSÃO: 07/10/2018
POSTAGEM: 15/10/2018

FATURA: 354507752
DÉBITO AUTÔM. NÚC: 0000000136571850010

IMPORTANTE PARA GEANE

RESUMO DA SUA CONTA DE USUÁRIO à vista

SERVIÇOS
Franquia TIM Controle Light Plus

VALOR:
R\$ 44,99

VEJA ABASSE O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES
Veremos sua fatura completa
Franquia TIM Controle Light Plus R\$1999,999999
(0800451887)

Nº DAS

PERÍODO

VALOR:
R\$ 44,99

ITEM
Franquia TIM Controle Light Plus

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 20,19

ITEM
Franquia Serviço de Telefone

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 20,19

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

PIAGOFINS

VALOR

2019

TOTAL: Tim 0,00

ITEM
Reservação no Fone: 0811550-8871/81 CONSULTA/CAPTA

QUANTIDADE

ICMS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Geane da Siderentz inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794-51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bernardo Geane da Sider inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.894.024-09, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Bernardo Geane da Sider, inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.894.024-09 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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: Rua da Aurora, nº 111, Bairro Boa Vista, Centro, Bento Gonçalves, RS.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

RECIFE-PF

Enderço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua da Alegria</u>	<u>Bento</u>	<u>15</u>	<u>Casa</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>(centro)</u>		<u>PE</u>	<u>55.700-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(81) 99938-8886</u>

Bento-PF 15 de Novembro de 2018
Local e Data

Geane da Siderentz
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roberto Afonso Martins

RG nº 4.812.134, data de expedição 16/06/2003,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 930.394.234-20, com
domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Distrito Tambacá, nº S/Nº.

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Leandro Alves da Silva, cujo o condutor era
Leandro Alves da Silva.

Veículo: Motocicleta Honda NXR 150 Bros ESD

Modelo: 2014

Ano: 2014

Placa: PGV-2655

Chassi: 9C2KD0540ER097454

Data do Acidente: 23/06/2018.

Local e Data: Bom Jardim, 15 de agosto de 2018.

X Roberto Afonso Martins

Assinatura do Declarante



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

Cartório Sérgio Vasconcelos

Sergio Ricardo Vasconcelos - TABELIÃO

Rua Oliveira Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - CEP 56370-000
Tel (81) 3628 1810

Reconheço por Autenticidade a firma de ROBERTO AFONSO
MARTINS, Bom Jardim, 15 de agosto de 2018. Em testemunha
X da verdade. JOSE LUIZ BEZERRA,

SUBSTITUTO Faz.: R\$ 3,39 - HERC: R\$ 0,40 - TSNR: R\$ 0,80 -
Total: R\$ 4,69 Selos 007386,44/06/201801.02264 Consulte
autenticidade em www.tjpe.jus.br/sefazdigital

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE