



PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

MÉDICO REGULADOR <i>Dr. Romualdo</i>			TARM		OPERADOR DE FROTA <i>Purales</i>	
DATA <i>23/06/18</i>	HORA <i>07:35</i>	ID	Nº OCORRÊNCIA <i>5495.179</i>	UNIDADE MÓVEL <i>U.S.B</i>	BASE DA UNIDADE <i>Santa Cruz</i>	
ENDERECO DA OCORRÊNCIA <i>Sítio Vargem</i>						Nº <i>511</i>
BAIRRO <i>Zona Rural</i>			MUNICÍPIO <i>Orobo</i>			
PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo ao Rio da Grande e da Cadeia</i>						
NOME DA VÍTIMA <i>Frederico Alves da Silva</i>					IDADE <i>26</i>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SOLICITANTE/FONE <i>Geovane</i>					CARTÃO DE SAÚDE - SUS <i>700403409802941</i>	

QUEIXA *Fratura de Fêmur Fechada Esquerda*

Comunicação	Saida da base <i>07:16</i>	Chegada no local <i>07:20</i>	Saida do local <i>08:15</i>	Chegada no destino <i>08:25</i>	Saida do destino <i>09:51</i>	Chegada na base <i>10:07</i>
-------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

☐ Orientação ☒ Transporte ☐ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrado ☐ Cancelada

☐ Transferência (externa)

Tipo de Lesão: *motocicleta*

- ☒ Acidente Trânsito
- ☐ Pedestre
- ☒ Condutor do veículo
- ☐ Passageiro do veículo
- ☐ Agressão
- ☐ Clínico
- ☐ Desabamento/Interrampente

- Antecedentes:
- ☐ AIDS
 - ☐ Alcoolismo
 - ☐ Alergia
 - ☐ AVC
 - ☐ Cirurgias Realizadas

- Exame Clínico:
- Principais sintomas / Queixas
- ☐ Agitação/agressividade
 - ☐ Alergia
 - ☐ Ausência de pulso
 - ☐ Cianose

- ☐ Intoxicação
- ☐ Fogo
- ☐ FQ
- ☐ Queda - osteotômica
- ☐ Lesões traumáticas
- ☐ Pericárdico
- ☐ Paleológico
- ☐ Queda Afogamento

- ☐ Convulsões
- ☐ Diabetes
- ☐ Doença Cardíaca
- ☐ Doença Infeciosa
- ☐ Doença Mental
- ☐ Doença Renal

- ☐ Convulsão
- ☐ Diarréia
- ☐ Dificuldade Respiratória
- ☐ Dor Local
- ☐ Febre
- ☐ Inconsciente/Desmaio

- ☐ Queda - 34/10
- ☐ Queimadura
- ☐ Tétano
- ☐ Química
- ☐ Elétrica
- ☐ Outros:

- ☐ Drogadição
- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Internamentos anteriores
- ☐ Medicamentos
- ☐ Problemas Respiratórios
- ☐ Outros: *vac. Tétano*

- ☐ 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

Dados Vitais:							
Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início <i>07:25</i>	<i>160x100</i>	<i>21</i>	<i>106</i>	<i>36,5</i>	<i>125</i>	<i>99</i>	<i>15</i>
Fim <i>09:50</i>	<i>140x80</i>	<i>22</i>	<i>105</i>	<i>36,5</i>	<i>125</i>	<i>98</i>	<i>15</i>

- RESPIRAÇÃO:
- Via Aérea:
- ☒ Livre
 - ☐ Obstrução Parcial
 - ☐ Total
 - ☐ Corpo Estreito
 - ☐ Bronco Aspiração
 - ☐ Edema da Glote
 - ☐ OES
 - ☐ Acheados
 - ☐ Crepitação
 - ☐ Enfisema Subcutâneo

- Respiração/Ventilação:
- ☒ Espontânea
 - ☐ Perda Respiratória
 - ☐ Apnéia
 - ☐ Ritmo Irregular

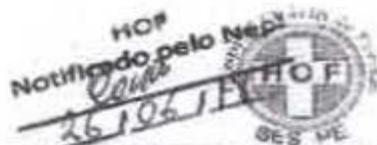
- Ausculta:
- ☒ Normal
 - ☐ Roncos/Sibilos
 - ☐ Estertores
 - ☐ Diminuição MV
 - ☐ Ausência MV

- Expiratória:
- ☒ Normal
 - ☐ Superficial
 - ☐ Regular
 - ☐ Irregular

- CIRCULAÇÃO
- ☒ Pale
 - ☐ Cianose
 - ☐ Frieza
 - ☐ Edema
 - ☐ Ausente
 - ☐ Palpebral
 - ☐ Perifusão
 - ☐ Normal
 - ☐ Retardada
 - ☐ Pulso
 - ☐ Regular
 - ☐ Irregular
 - ☐ Ausculta
 - ☐ Normal
 - ☐ Hipofonose
 - ☐ ECG
 - ☐ Normal
 - ☐ Abatido
 - ☐ Uniais
 - ☐ M Inferiores
 - ☐ Ausente
 - ☐ Fino
 - ☐ Chelo
 - ☐ Atrito pericárdico
 - ☐ Não realizada
 - ☐ Normal
 - ☐ Anasarca
 - ☐ Ausente
 - ☐ Arritmia
 - ☐ Sopro
 - ☐ Palidez
 - ☐ Quente
 - ☐ Seca
 - ☐ Outros:



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 778590 Prontuário: 1082108

Nome: LEANDRO ALVES DA SILVA
 Data Nasc.: 09/02/1992 Idade: 26 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 700403409802941 Nº: 0
 Endereço: SÍTIO MACAMBIRA Cidade: BOM JARDIM Estado: PE
 Bairro: CENTRO CEP: 55730978 Fone: 558197847782 Celular:
 Acompanhante: Profissão:
 Nome da Mãe: GEILSA ALVES DE OLIVEIRA SILVA
 Nome do Conjuge:
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/06/2018 12:12

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima

Exame Físico:

DE ACORDO COM PA: FC: FR:

motociclistica

Diag. Provisório:

FURTO - DIAFISAR
FRATURA

Prescrição:

Dieta:

Horário

data	Prescrição	Dieta	Horário
	SCHULTZ N X		
	DO TOW/22/17		
	05.802.494/0001-41		
	TRACÃO CORRETORA		
	DE SEGUROS LTDA		
	26/06/2018		
	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C		
	Bom Vista - CEP: 50.050-070		
	RECIFE-PE		

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Leonardo Alves

CLÍNICA: _____ ENF.: _____ LEITO: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
24/06/18	12	Paciente melhora com E.C. regular, consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, diarreia, agudizando quadro de infecção.
24/06/18	21h	Paciente E.C.R. consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, diarreia, agudizando quadro de infecção.
25/06/18	09:45	Enfermagem 1 Paciente em E.C.R. consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, diarreia, agudizando quadro de infecção.
25/06/18	22:30	# Enfermagem # Recibo o paciente em POI de tração tibial (E), E.C.R. consciente, orientado, agudizando quadro de infecção, agudizando quadro de infecção, agudizando quadro de infecção.

Ediane L. de S. Sousa
 Enfermeira
 COREN 316.000

05.802.494/0001-11
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 125, Sl 902 B, C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

DEPT. DE

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 Siqueira			Referência	
Endereço	Vargas 22			Cidade	Capela
Bairro		Idade	264	Sexo	Marc
Cor		Profissão			
Responsável				Fone:	
Endereço Responsável				SUS:	700 4034.0980.2991
Nascimento	09/02/1992				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO
MODO

☐ Automóvel
☐ Atropelamento

☐ Ônibus
☐ Colisão

☐ Moto
☐ Capotagem

☐ Outro
☐ Outro

☐ Ignorado
☐ Ignorado

☐ AGRESSÃO

POR
MODO

☐ Arma de Fogo
☐ Assalto Briga

☐ Arma Branca
☐ Ação Policial

☐ Espancamento
☐ Agressão Sexual

☐ Outro
☐ Outro

☐ Ignorado
☐ Ignorado

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM

☐ Construção Civil

☐ Indústria

☐ Agricultura

☐ Comércio

☐ Outro

☐ Ignorado

☐ AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

☐ Arma de Fogo

☐ Enforcamento

☐ Drogas

☐ Queda de Nível

☐ Outro

☐ Ignorado

☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

☐ Intoxicação Acidental

☐ Queda Acidental

☐ Afogamento

☐ Queimaduras

☐ Outro

☐ Ignorado

☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA

☐ Via Pública

☐ Domicílio

☐ Ambiente de Trabalho

☐ Escola

☐ Outro

☐ Ignorado

QUEIXAS

Dores no abdômen, náusea, vômito, febre, dor de cabeça, dor no peito, dor no braço direito, dor no braço esquerdo, dor no pescoço, dor no ombro direito, dor no ombro esquerdo, dor no quadril direito, dor no quadril esquerdo, dor no joelho direito, dor no joelho esquerdo, dor no tornozelo direito, dor no tornozelo esquerdo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo, dor no dedo indicador direito, dor no dedo indicador esquerdo, dor no dedo médio direito, dor no dedo médio esquerdo, dor no dedo anelar direito, dor no dedo anelar esquerdo, dor no dedo mínimo direito, dor no dedo mínimo esquerdo, dor no dedo polegar direito, dor no dedo polegar esquerdo, dor no dedo anelar direito, dor no dedo anelar esquerdo, dor no dedo mínimo direito, dor no dedo mínimo esquerdo, dor no dedo polegar direito, dor no dedo polegar esquerdo.

EXAME FÍSICO

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS TODA

2-6 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 54518-010
RECIFE-PE

TEMPERATURA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

RT semel 14.11.18

CÓDIGO

*Examinado ao 10.8.18
Dr. João S451856*

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

Nº DO PRONTUÁRIO: 1062106

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO (AV./RUA):

LEITO SR

Nº:

BLOCO:

BAIRRO:

UF:

CEP:

MUNICÍPIO:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 53.060-010
RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO INICIAL:

O MESMO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR
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 Melo da Silva

Endereço: 26 anos

RECEITUÁRIO

Examinado o Paciente
Leandro Melo da Silva
26 anos, vítima de
colisão de veículo a pé
durante percurso de
trabalho de função de
motorista de caminhão sem
permissão de dirigir
em 17.06.2018, às 15h30,
sob a condução com
ausência de H.C.B.
9159836

23 JUN 2018

Bom Jardim, ____/____/____
Médico

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



ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

EVOLUÇÃO

DN. 09/02/92

C. Sul (Lauro)

- Deodoro Alves da Silva (26 anos)
filiação: Cícero Ferreira da Silva e
Elisba Alves de Oliveira Silva
morador: Sítio Maracajá, S/Nº, Zona
Rural de Bom Jardim.

Referência: Posto de Saúde - Bom Jardim.

Docum.: RG 8.980.589 505 IPE e CPF
nº 017.894.029-04.Fone para Contatos: 99764-7762 (espos)
99740-8899 (pessoal); 99304905 (Cristina)

Entrevista: C. Paula Alves Martins Silva (esp.)

* Reside com esposa, 5 filhos;
* Não fumante; Não bebe; Não faz uso de
* Agricultura, sem vínculos empregatícios;
* 5 rendimentos (desempregado);
* Principal renda: benefícios previdenciários
do Programa Bolsa Família da esposa.

* Ocorrência de internações hospitalares e DPVAT.
* Fratura de fêmur, autORIZADO acompanhamento
D, Valdo de 20/06/18 - 11/11/18.

Paula 23/06/2018

Atencida X. L. Alves
Serviço Social
CRÉDITO - 1540

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

DATA DA HOMOLOGAÇÃO 15/12/2017

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipo
Recife - PE
CEP: 50920-640
Fone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO 15/12/2019

HCEG1

Leandro Alves da Silva

25-2

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

Foi realizado cinesioterapia ativa em articulações
livres. Cinesioterapia passiva no joelho; isométricos
de quadríceps e orientações de posicionamento
Ass: Melina Martins

Julia
Waynes

Julia Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 134625-F

06/07 Emprego

Par: Sme 2º DOP de MTE, acordado
realizado Cereativa em MTE fêmea.
Seme em STB 59.

sts. pact: se alta Ao: transporte.

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

AR2RX

OS 207 AR2RX/AR2RX
TRACED TO THE
OF THE AR2RX

20 10 2013

THE AR2RX IS A
THE AR2RX IS A
THE AR2RX IS A

05/01/2012 09:00/0001-41
100% AS - CORRETO
100% 100% 100%

2 5 100 200

100% 100% 100% 100%
100% 100% 100% 100%



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Ribeirão Preto - SP 13060-010
REC-PT



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



- Evolução / Exames

HOF *Ex*
Realizado exames Radiológicos
folha E + F + G + H em 23/06/2018
Res. *Marcelo*

23/06/18 Emergência
Paciente chegou aos serviços orientado
que meus irmãs A. A. M. - Frot. de exames
forneceram. Zilmar saiu às 00:00h.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura _____

05.882.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 MAR 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

g. Definitivo:

Assinatura _____

Destino do Paciente

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

3/2018 12:13:21 PM
de 2

Usuario do Atendimento
DEMETRIUSSA

EMERGÊNCIA
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	M.S.		M.I.	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação								X	X	X	
Esmagamento											
Perforante											
Contuso											
Frnt. Fechada										X	
Frnt. Aberta											
Asfixiação											
Luxação											
Queimadura 1ª											

OBSERVAÇÕES
 Paciente queixa-se de forte dor em M.I.F.
 + Fratura de Fêmur Esquerda
 + sangramento

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
- ☐ Sonolência
- ☐ Coma
- ☐ Contusão
- ☐ Convulsão
- ☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda
- ☐ Sinal Battle Direito
- ☐ Sinal Battle Esquerdo
- ☐ Sinal de Gussolin direito
- ☐ Sinal de Gussolin esquerdo
- ☐ Rigidez de nuca
- ☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
- ☐ Miose Esquerda
- ☐ Midríase Direita
- ☐ Midríase Esquerda
- ☐ Paralisia
- ☐ Parestia
- ☐ Anestesia

- ☐ Parastesia
- ☐ Anestesia
- ☐ Pupila reigente
- ☐ Pupila não reigente
- ☐ outros:

SEGMENTO:
Pescoço:

- ☐ Turgência jugular
- ☐ Edema subcutâneo
- ☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão
- ☐ Ascite
- ☐ Doloroso/Defeso
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Irritação peritoneal
- ☐ Normal
- ☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
- ☐ Cateterismo Direito
- ☐ Cateterismo Esquerdo
- ☐ Hematúria
- ☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento
- ☐ Hemorragia vaginal
- ☐ Normal
- ☐ Trabalho de parto
- ☐ Parto único
- ☐ Gêmeos
- ☐ Líquido Amniótico

semanas ☐ 1-3 cont./10m

☐ 3-5 cont./10m

☐ Nascimento

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
- ☐ Intubação Nasotranqueal
- ☐ Cânula Orofaríngea
- ☐ Cricotireoidotomia
- ☐ Ventilação Mecânica Ambu
- ☐ Respirador
- ☐ Intubação O2
- ☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

APGAR:

- ☐ Toracocentese c/agulha esquerda
- ☐ Drenagem Torácica Direita
- ☐ Drenagem Torácica Esquerda
- ☐ Massagem Cardíaca Externa
- ☐ Desfibrilação/Cardioversão
- ☐ Controle Hemorragia
- ☐ Curativo
- ☐ Punção Venosa Periférica
- ☐ Punção Venosa Central

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Sedação
- ☐ Imobilização Membros
- ☐ Colar Cervical
- ☐ Tala/Tração
- ☐ Intubação Orotraseal
- ☐ Traqueostomia
- ☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
- ☐ Outros

Diagnóstico:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volumica	Voluma	Medicação	Dose	Via	Horário
Ringer lactato	500 ml		1		08:20
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,9%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital de Bom Jardim

MUNICÍPIO:

Bom Jardim - RJ

INTERCORRÊNCIA:

Clínica médica

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico de viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Romão		Rafael Rodolfo Leonilson	


TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANA, nesta oportunidade.

RG ou CPF:

Assinatura:

Assinatura e carimbo do médico
 (Unidade de destino)
 HORAS: 08:20



05.802.494/0001-41
TRACAJA EXHIBITORA
DE SEGURANÇA

26 JUN 2018

Av. da América, 1037, 3º andar
São Paulo - CEP: 05060-010
Nº 1234



Prontuário
Otávio de Freitas
Data: 23/06/2018

VÁLID. 802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 NOV 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMIGRAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SEANE DA SILVA COSTINHO

DOC. IDENTIDADE / (OUT. EMISSÃO) / (P)
027715 RDE NR

CPF
029.448.798-91

DATA DO NASCIMENTO
25/04/1978

LOCAL
GERALDO ERETIANO DA SILVA
INVALINA MARIA DA SILVA

PERIODO
20/04/2013

ALC
22/05/2013

OUT. NBR
22

IDENTIFICAD
02067898562

DESTINAÇÃO
SEM OBSERVAÇÕES

LOCAL
DIAMANTINO - PE

DATA DO NASCIMENTO
02/05/2013

IDENTIFICAD
02067898562

OUT. NBR
22

DESTINAÇÃO
SEM OBSERVAÇÕES

LOCAL
DIAMANTINO - PE

DATA DO NASCIMENTO
02/05/2013

IDENTIFICAD
02067898562

OUT. NBR
22

DESTINAÇÃO
SEM OBSERVAÇÕES

26 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

DETRAN - PE Nº 013935177533
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 1048320810 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2018

NOME ROBERTO APOENSO MARTINS

BOM JARDIM-PE

CPF / CNPJ 990.344.234-20 PLACA PGV2655

PLACA ANT / UF ***** AB CHASSI 9CZTD05406R057454

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/HR150 XROS K50 ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAF / POT / CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

PARCELAMENTO 2ª ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FATO RO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

DATA 18/03/18

BOA VISTA - CEP 50.060-010 RECIFE-PE

PE Nº 013935177533 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROBERTO APOENSO MARTINS 55730-00

NITIO TAMBORETA 200 CASA RUA 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

VIA 1 CDD / CNPJ 990.344.234-20 PLACA PGV2655

RENAVAM 1048320810 MARCA / MODELO HONDA/HR150 XROS K50

ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAF / POT 05 CHASSI 9CZTD05406R057454

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 00,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00,00

PRÊMIO (R\$) 00,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00,00

PRÊMIO (R\$) 00,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00,00

PRÊMIO (R\$) 00,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00,00

PRÊMIO (R\$) 00,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00,00

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 MAR 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 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 FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE 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:

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 FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE 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 SDS/PE, em

11/06/2015, inscrito no CPF sob o nº 017.894.024-09, residente na

Sítio Belmonte, nº 5/Nº

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 SDS/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

Ampla 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 Leandro Alves da Silva

Cartório



Cartório Sérgio Vasconcelos

Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABUJADO

Rua Oliveira Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (81) 3558-8000

Reconheço por Autenticidade a firma de LEANDRO ALVES DA SILVA, Bom Jardim, 15 de agosto de 2018. Em testº

da verdade, JOSÉ CARLOS DA SILVA

BEZERRA, ESCRITAMENTE AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40

- TSHF: R\$ 0,80 - Totais R\$ 4,79 Senhor

0077586.YNF05201801.02267 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, 119 175, 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/06/2018

Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Carolyn 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

Carta nº 13636165



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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 017.894.024-09 Nome completo da vítima: Beandro Alves da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

Nome completo: Beandro Alves da Silva CPF: 017.894.024-09

Profissão: agropecuário Endereço: Sítio Belo Monte Número: 868 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Bom Jardim Estado: PE CEP: 55.730-000

E-mail: _____ Tel (DDD): (87) 99938-8886

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

REDA MENSAL:

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

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

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 (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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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: Bom Jardim - PE, 15/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Beandro Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: 05.802.494/0001-41

CPF: TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

2ª | Nome: Rua da Aurora, nº 175, 1º andar

CPF: Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura

Confirma Dólar:
BANCO: 0001
AGENCIA: 02369
CONTA: 0000000020792-4
FAVORECIDO: LEANDRO ALVES DA SILVA
VALOR DEPOSITO: R\$20,00

Rede Mais Voz
Via Cliente

SUPERMERCADO SANTA TEREZ
Pos: 04900001 LT/273-40: 20 Oper: 159000
20/09/18 10:52:45

CODIN: 000000 LUJA: 0051 Pos: 000001
20/09/2018 BANCO DO BRASIL 10:52:45
736000001 CORRESPONDENTE BANCARIO 0002
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: LEANDRO ALVES DA SILVA
AGENCIA: 2309-4 CONTA: 20.792-0

DATA: 20/09/2018
Nº. DOCUMENTO: 27.090.990.000.002
VALOR DINHEIRO: 20,00
VALOR TOTAL: 20,00

NR.AUTENTICACAO: 1.018.103.509.000.792

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26/09/2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/6/2018** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1, SÍTIO 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**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO; (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: **9/2/1992** 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, SÍTIO MACAMBIRA, ZONA RUARAL DE BOM JARDIM/PE - CEP: 55730000** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO /BRASIL, POSTO DE SAUDE**

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** PROFISSOES Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR 2019

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

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

RELATA A VITIMA QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM DO SÍTIO VARJÃO, NESTE MUNICÍPIO, NO SENTIDO OROBO/ SÍTIO 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 VÍTIMA 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 CIRÚRGICA 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 IGLESIAS 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: 51.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 017.894.024-09 Nome completo da vítima: Leandro Alves da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: Leandro Alves da Silva CPF: 017.894.024-09

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Belo Monte Número: 868 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Bom Jardim Estado: PE CEP: 55.730-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 99938-8886

DADOS CADASTRAIS

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

RECEITA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

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 (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Gráu 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 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: Bom Jardim - PE, 15/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X Leandro Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS Nº 802.494/0001-41

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

3ª Nome: _____

CPF: _____

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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 Siqueira				
Endereço	Vargas				
Bairro	2m	Cidade	Capelinha	Referência	
Idade	264	Sexo	Marc	Cor	Profissão
Responsável					
Endereço Responsável					
Nascimento	09/02/1992	SUS	700 4034.0880.2941		

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"/> 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
<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"/> AUTO AGRESSÃO / 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

Dores de cabeça, náusea, vômito, tontura, perda de consciência

EXAME FÍSICO

PA PESO FC

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 54500-010
RECIFE-PE

TEMPERATURA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

RT. cranial (sup) e (inf)

CÓDIGO

*Examinado em UOB às 15h00
Dia 23/06/2018 SUS 5451856*

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 CELULAR S.A.
 Rua da Alegria, 317, Casa
 Centro - Limoeiro - PE
 CEP: 55700-000
 CNPJ: 07.993.188/0001-88

R\$ 44,99

VENCIMENTO

25/10/2018

EMISSÃO: 07/10/2018

POSTAGEM: 15/10/2018

FATURA: 35.44.507752

DEBITO AUTOMÁTICO: 0000000013657485018

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

CLIENTE: 13657485

CPF/CNPJ: 02964879451

ACESSO: 8199318-8888

IMPORTANTE PARA GEANE

RESUMO DA SUA CONTA DE DEBITO A 06/OUT

SERVIÇOS

☒ Própria TIM Control Light Plus

VALOR

R\$ 44,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Verifique se seu plano contém

Própria TIM Control Light Plus: 81993188888

(0819) 08193188888

TIM Backup 5GB

TIM Backup World

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

R\$ 44,99

Taxa de Manutenção

R\$ 44,99

Página 1 de 1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS
DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 001.35.890-88

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

TIM CELULAR S.A.
 Av. Afrânio Saneiro de Silva, 1833 SL. 42, Jd. Santa Fé dos Quatro Jrs PE
 CEP: 05.206.050/0002-46 - (E): 20949870
 EMISSÃO: 07/10/2018
 REFERÊNCIA: 07/10/2018
 PERÍODO: 07/09/2018 A 06/10/2018
 CRDP: 5.307

ITEM	QUANTIDADE	ICMS 20%	PIS/COFINS 1,65%	VALOR TOTAL
1 Própria TIM Control Light Plus	1			30,13
TOTAL TIM: 30,13				

ICMS
 PIS/COFINS Serviço de Telecom
 Alíquota 20%
 Alíquota 1,65%
 Base de Cálculo R\$30,13
 9,05

Reservada no Fisco: 10F1.0358.456A.71.41A.C095.8181.DRCLAFPA

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 26 MAR 2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

UNIDADE	ALÍQUOTA	SALDO	VALOR	TAXA	VALOR	INFORMAÇÕES
ICMS	20%	R\$ 10,13	R\$ 10,13	10,13	R\$ 10,13	Informações Complementares - Diferença e Serviço de Valor Adicionado (DVA)
PIS/COFINS - Serviço de Telecom	1,65%					Inclusão NCM (Fisco)
PIS/COFINS - Serviço de Telecom	1,65%					
DVA						
Diferencial PIS/COFINS						
Diferencial PIS/COFINS						
Diferencial PIS/COFINS						

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.appmeutim.com.br de seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056.

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SAs e ainda poderá visualizar, a qualquer momento, pelo App ou Site Meu TIM, Acesso o App ou visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPX?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 Geane da Silva Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794-51, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.894.024/09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Leandro Alves da Silva, 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:

☒ Recuso Informar

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua da Alegria			Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Limoeiro	PE	55.700-000
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			(87) 99938-8880

Limoeiro-PE 15 de Novembro de 2018
Local e Data

Geane da Silva Costa
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 930.344.234-20, com
domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Distrito Tamborã, nº S/Nº,
complemento Zona Rural declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima 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.

Roberto Afonso Martins
Assinatura do Declarante

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



Carlório Sérgio Vasconcelos

Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABELÃO

Rua Oliveira Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55319-000
Tel (81) 3638 1910

Reconheço por Autenticidade a firma de ROBERTO AFONSO MARTINS, Bom Jardim, 15 de agosto de 2018, Em test.

R da verdade, JOSÉ LUIZ BEZERRA,

SUBSTITUTO Exat.: R\$ 3,39 - FISC.: R\$ 0,40 - TSNR: R\$ 0,00 -

Total: R\$ 4,79 Selo: 0077586, ANJ05201801.02264 Consulte

autenticidade em www.tjpe.br/selodigital

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