

**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE- ALINE GONÇALVES SANTOS, brasileira, divorcida, alfabetizada, maior, autônomo, portador do CPF sob nº-066.576.964-42 e RG nº 7.100.038 SDS-PE, residente, Rua-ANTONIO GONÇALVES DE LIMA, Nº657, STª TEREZA / SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE.

OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 – sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – Cep. 52010-075 – Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 – 99797.7634.

PODERES: Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, **ALINE GONÇALVES SANTOS**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

x Alina Gonçalves Santos SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 08/10/2020
ALINE GONÇALVES SANTOS



SINISTRO 3200305555 - Resultado consulta por beneficiário

VÍTIMA ALINE GONCALVES SANTOS

COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADO
S/A

BENEFICIÁRIO ALINE GONCALVES SANTOS
CPF/CNPJ: 06657696442

Posição em 04-09-2020 15:07:45

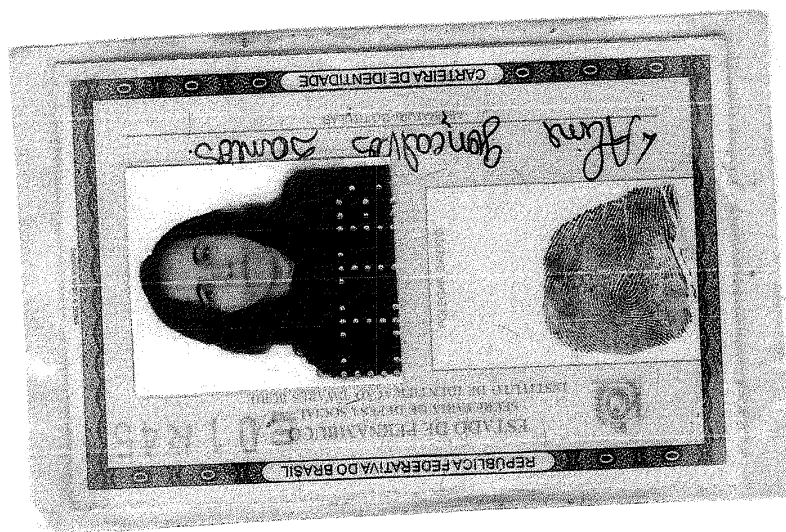
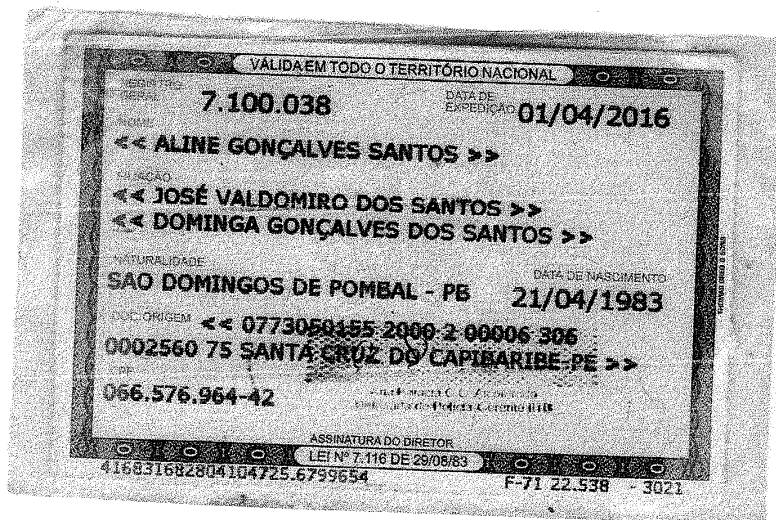
O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo no site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/09/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

04/09/2020 15:07







PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **ALINE GONÇALVES SANTOS**, CPF-066.576964-42, RG-71000038-SDS/PB que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - 0116, REG- 26.257, no dia 26 de maio de 2020, às 09:h e 27min, PE 160 - Malaquias, com queixa de colisão de carro com moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para Hospital Municipal Raimundo Francelino Aragão 24h.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ,30 DE JUNHO 2020

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora
Net. 01/20

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE - BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO
Av. Vinte e Nove de Dezembro, 767 - São Cristóvão
Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP: 55194-280
CNPJ: 11.196.515/0001-25 - Fone: 3705-1464

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



DECLARAÇÃO

DECLARO para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr(a). **ALINE GONÇALVES SANTOS**, nascido em 21/04/1983, esteve nesta unidade hospitalar no dia **26/05/2020**, por volta das **10h55M**, para atendimento médico de urgência, para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do (a) mesmo (a).

Santa Cruz do Capibaribe/PE, 25 de junho de 2020.


FLÁVIO DO NASCIMENTO SILVA
Diretor Administrativo - HMRFA

Flávio do Nascimento Silva
Diretor Administrativo - HMRFA
Mat 514834

Digitalizado com CamScanner



FICHA DO PACIENTE

SUS: Não Frouca Data: 26/05/20 Hora: 10:55

Nº do Prontuário: _____ RECEPTIONISTA: Rallymy

Nome: Aline Gonçalves Santos

Sexo: F ☒ M ☐ Nascimento: 21/04/83 Idade: 37 anos

Naturalidade: Campina Grande - PB Fone: () não tem

Endereço: Rua Antônio Gonçalves de Lima n: 657

Bairro: Rio Verde CEP: _____

Pai: Jose Valdemiro dos Santos

Mãe: Dominica Gonçalves dos Santos

PA: 10,2 cm T: _____ FC: _____ FR: _____ SATO2: _____ HGT: _____

Histórico do Paciente: Paciente trazida pelo Samu, após acidente de moto no dia 12/05 apresentando lesão no crânio e ferida com perda de tecido. Nega desmaios e vômitos. Apresenta também dor no abdômen. Nega TCE. Alergia: ϕ

Exame Físico: Acorda, consciente e orientado, pupila
Reage a estímulos dolorosos; ECG IS

Hipótese Diagnóstica: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta: 1) Dipirona 0,5 AMP + AD (EV)

2) Voltaren 0,5 AMP + AD (EV) (SUSPENSO)

3) Dexamet (SUSPENSO)

4) SF 0,9% 500 ml (EV) (SUSPENSO)

5) Voltaren 0,5 AMP (EV)

6) Transf 0,5 AMP + 100 ml (FOR) (EV)

Sonda pedida às 12:35

Thiago Moura
MÉDICO
CRM-PB 12475

Mariane
CRM-PB 1163687

Encaminhamento: _____

Condições de alta: _____

Digitalizado com CamScanner





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDOMIRO FERREIRA

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) Aline Gonçalves dos Santos

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2020 a
29/05/2020

Registro Hospitalar: 358968

Diagnostico: Fratura de TNZ Direito + Ferimento em Joelho Direito.

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Vítima de Acidente de trânsito. CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

109.794.975/0269-271
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232 - Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

Caruaru 29 de Maio 2020

Setor de Arquivo (SAME)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br 232 Km 130 S/N Bairro Indianópolis Caruaru-PE

CEP:55.024.000

CNPJ:10.572.048/0014-42 - Fone: 0**81-3719-9346.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Aline Ganeles Santos

Prontuário: 558.968

Data: 26/05/2020

Hora: 15:28

DIAGNÓSTICO:

Fratura tibia distal + fratura peroneal distal
+ Espessura

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. artroscopia em rodízio

TRATAMENTO REALIZADO:

Procedimento cirúrgico
AB + D'NH + curativos diários p/ cura
sem mais ote ordena médica
29, 05, 2020

Alta Hospitalar: Data: 29/05/2020

Hora: _____

14/07/20

GH

Dr. André Melo

Dr. Ricardo
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Digitalizado com CamScanner



Paciente: 000001783 - ALINE GONCALVES SANTOS

Idade: 37 Anos 4 Meses 15 Dias

Atendimento: 00047335

Convênio: PARTICULAR

Plano: PARTICULAR ENFERMARIA

Leito: ALA LUCIANO LOBO-ENF 60.1

Sexo: FEMININO

Médico: RAILTON MARINHO DA COSTA

CRM: 3965

ORTOPEDIA E

Data: 04/09/2020 - 20:32

Setor doc:

Identificação

Cirurgia Principal: RATIRADA DE MATERIAL DE SINTESE

Aviso Cirurgico: 3229

Cirurgia 2º:

Data Atend.: 04/09/2020

Cirurgia 3º:

Diag. pré operatorio: 0408050217 - S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Diag pós operatorio:

Prestadores (Cirurgião/Anestesiata/ Auxiliares)

Cirurgião: RAILTON MARINHO DA COSTA

Anest.: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

1ª Auxiliar:

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

4ª Auxiliar:

Anestesia:

**Outras
Anestesias**

Descrição do Ato Cirurgico

PACIENTE SOB ANESTESIA
ASSEPSIA ANTISSEPSIA
COLOCAÇÃO DE CAMPOS
INCISÃO NO TORNOZELE
RETIRADA DE PARAFUSO
LIMPEZA
CURATIVO

Dr. Raiton Marinho da Costa
CRM 3965-PB/43.759-75
RAILTON MARINHO DA COSTA - CRM:3965
Médico | CRM



LAUDO MÓDICO

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETOENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETOCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

Declaro para os
devidos fins que,
ALINE GONCALVES
SANTOS, SUSCRITO-SE
A TRATAMENTO CIRURGIO
DE FRATURA TORNOZELO,
FIXADO COM PARAFUSOS
HA' CERCA DE 90 DIAS,
E ENCONTRA-SE EM
ACOMPANHAMENTO
DE BULA TORNA
CD . 582.6
582.5

Dr. Railton Mayinho da Costa
CRM 59657/PB/13.199-PE
PROF 11.288

06.09.20

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

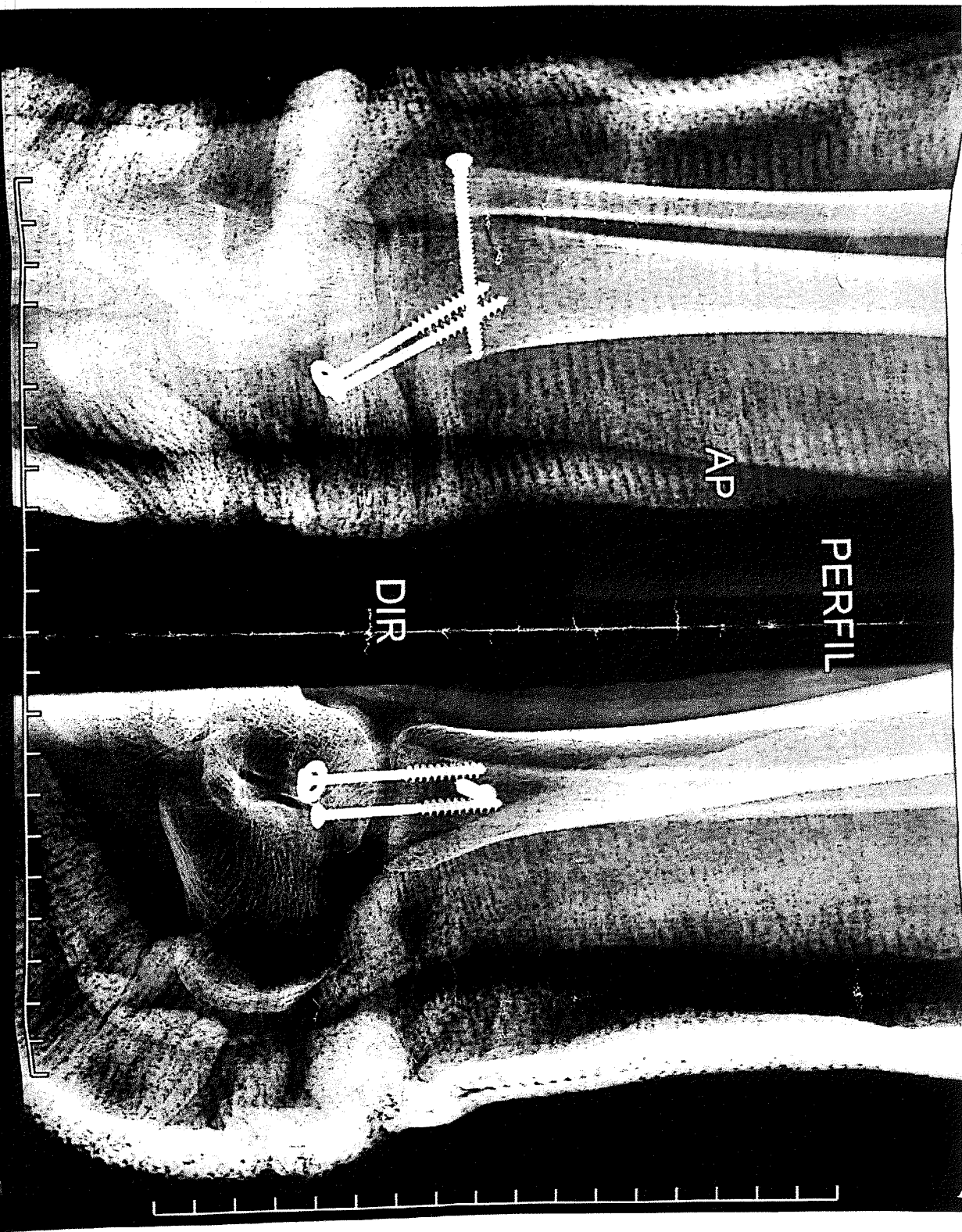
Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



ALHE CONVALVES SAUOS
DN 21641303037

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
C. VAIADO

01/11/2019 15:36



HRA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E RADIOLÓGICO



Digitalizado com CamScanner





[Assinatura]

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

DATA 26/05/20	HORA 10 : 00	FASE DO DIA ☒ DIA ☐ NOITE	MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF PE
TIPO DE ACIDENTE		SEVERIDADE DA VITIMA DO ACIDENTE	QUANTIDADE	QUANTIDADE DE VÍTIMAS
☒ COLISÃO TRASEIRA ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO TRANSVERSAL ☐ ABALROAMENTO LONGITUDINAL ☐ ABALROAMENTO TRANSVERSAL ☐ CHOQUE ☐ TOMBAMENTO		☐ FATAL ☒ FERIDO ☐ ILESO	☐ 01 ☒ 02 ☐ 03	☒ 01 CONDUTORES FERIDOS ☐ CONDUTORES MORTOS ☒ 01 PASSAGEIROS FERIDOS ☐ PASSAGEIROS MORTOS ☐ PEDESTRES FERIDOS ☐ PEDESTRES MORTOS
☐ CAPOTAMENTO ☐ ENGAVETAMENTO ☐ ATROPELAMENTO DE PEDESTRE ☐ ATROPELAMENTO DE ANIMAL ☐ OUTRO		DIA DA SEMANA ☐ DOMINGO ☐ SEGUNDA ☒ TERÇA ☐ QUARTA ☐ QUINTA ☐ SEXTA ☐ SÁBADO		
JURISDIÇÃO DA VIA	PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL	DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR		
☐ ESTADUAL ☒ MUNICIPAL	☐ SIM ☒ NÃO ÁREA ☒ URBANA ☐ RURAL			

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente na área demarcada)		IDENTIFICAÇÃO BR 160			
		VIA Horitama	Nº 02	KM 1,7	METROS
		REFERÊNCIA Em frente ao Avião Brasil			
		IDENTIFICAÇÃO			
		IDENTIFICAÇÃO			
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)		IDENTIFICAÇÃO			
		VIA	Nº	KM	METROS
		REFERÊNCIA			
		IDENTIFICAÇÃO			
		VIA	Nº	KM	METROS
		REFERÊNCIA			

VIA - MEIO AMBIENTE

SUPERFÍCIE DA PISTA	TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL
☒ SECA ☐ MOLHADA ☐ OLEOSA ☐ INUNDADA ☐ ENLAMEADA ☐ OUTRA	☒ ASFALTO ☐ CONCRETO ☐ PARALELEPÍPEDO ☐ CASCALHO ☐ TERRA ☐ OUTRO	☒ NORMAL ☐ INTERMITENTE ☐ COM DEFEITO ☐ DESLIGADO ☐ INEXISTENTE	☒ BOA ☐ RUIM ☐ INEXISTENTE
CONDIÇÃO DO TEMPO	SITUAÇÃO DA PISTA		CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL
☒ BOM ☐ CHUVA ☐ NEBLINA ☐ OUTRA	☒ BOA ☐ DANIFICADA		☒ BOA ☐ RUIM ☐ INEXISTENTE
		PISTA EM OBRAS	
		☐ SIM ☒ NÃO	
		VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA (km/h)	

CROQUI

Posto BADU

PE 160 SENTIDO CARUARU

PE 160 SENTIDO JATAUBA

Moto táxi

Aviamento BRASIL

V1

V2

VISTO

[Assinatura]

SIMBOLOGIA

- 1 AUTOMÓVEL
- 2 ÔNIBUS OU CAMINHÃO
- 3 VEÍCULO DE DUAS RODAS
- 4 VEÍCULO DE TRÊS RODAS
- 5 MARCHA À FRENTE
- 6 MARCHA À RE
- 7 ANTES DO ACIDENTE
- 8 LOCAL DO ACIDENTE
- 9 DEPOIS DO ACIDENTE
- 10 DERRAPAGEM
- 11 CAPOTAMENTO/TOMBAMENTO
- 12 PEDESTRE
- 13 ANIMAL
- 14 OBJETO FIXO

NARRATIVA DO AGENTE

Segundo informações de uma das partes envolvidas o V2 usou em alta velocidade e não conseguiu evitar a colisão traseira onde o V1 sinalizava para direita da via que foi prejudicada por um cerco parado no acostamento.

TESTEMUNHA Nº 01

NOME LUCAS 700515 IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

DATA DE NASCIMENTO / / SEXO ☐ M ☐ F TELEFONE () ENDEREÇO (RUA, Nº)

ENDEREÇO (BAIRRO) MUNICÍPIO UF

TESTEMUNHA Nº 02

NOME DOUGLAS 700517 IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

DATA DE NASCIMENTO / / SEXO ☐ M ☐ F TELEFONE () ENDEREÇO (RUA, Nº)

ENDEREÇO (BAIRRO) MUNICÍPIO UF

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE E DA OCORRÊNCIA

NOME DO AGENTE Hamilton MATRÍCULA 700525

POSTO Agente VIATURA 5-10 OCORRÊNCIA 053/2020 ASSINATURA *[Assinatura]*





[Assinatura]

VEÍCULO Nº 01												
NOME DO PROPRIETÁRIO Jose Angelo Ferreira Filho												
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO) Rua das Gardêniás nº 72 - Zomba												
MUNICÍPIO Equatunga do Norte		UF PE	MARCA Fiat									
TIPO DE VEÍCULO		MODELO Milks Ex	PLACA/UF KKA-8444									
☒ AUTOMÓVEL ☐ BICICLETA ☐ MOTOCICLETA ☐ CAMIONETA ☐ CAMINHONETE ☐ ÔNIBUS ☐ MICROÔNIBUS ☐ TRATOR ☐ TRAÇÃO ANIMAL ☐ CAMINHÃO ☐ CARGA ☐ OUTRO		INFRAÇÕES CONSTATADAS ☐ SIM ☒ NÃO AUTO DE INFRAÇÃO CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES)										
EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (m)		ESTADO DOS PNEUS ☒ BOM ☐ RUIM	MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS ☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO ☐ REMOÇÃO DO VEÍCULO ☐ RECOLHIMENTO DA CNH ☐ RECOLHIMENTO DA PPD ☐ RECOLHIMENTO DO CRV ☐ RECOLHIMENTO DO CRLV ☐ TRANSBORDO DA CARGA ☒ NENHUMA									
DIAGRAMA DE AVARIAS <table border="1"> <tr> <td>FE</td> <td>EC</td> <td>FD</td> </tr> <tr> <td>LE</td> <td></td> <td>LD</td> </tr> <tr> <td>☒</td> <td></td> <td>TD</td> </tr> </table>		FE	EC	FD	LE		LD	☒		TD	LEGENDA FE - FRONTAL ESQUERDO EC - EIXO CENTRAL FD - FRONTAL DIREITO LE - LATERAL ESQUERDO LD - LATERAL DIREITO TE - TRASEIRO ESQUERDO TC - TRASEIRO CENTRAL TD - TRASEIRO DIREITO	
FE	EC	FD										
LE		LD										
☒		TD										

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01			
NOME DO CONDUTOR Washington Filipe Lopes da Silva			
DATA DE NASCIMENTO 24/10/1995	SEXO ☒ M ☐ F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF 9407.523-SDS-PE	TELEFONE (81) 99246-4768
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO) Rua das Gardêniás nº 72 - Zomba			
MUNICÍPIO Equatunga do Norte		UF PE	
HABILITAÇÃO ☒ CNH ☐ PERMISSÃO ☐ NÃO HABILITADO ☐ NÃO EXIGÍVEL ☐ ESTRANGEIRA ☐ NÃO APRESENTOU CNH		Nº DE REGISTRO 06167931416 1ª HABILITAÇÃO 04/09/2014 USAVA CINTO DE SEGURANÇA ☐ SIM ☐ NÃO ☒ SEM INFORMAÇÃO	
VALIDADE DA CNH ☒ EM DIA ☐ VENCIDA		CATEGORIA DA CNH ☒ A ☒ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ ACC	
USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO		SITUAÇÃO DO CONDUTOR ☒ PERMANECIU NO LOCAL ☐ ATENDEU À VÍTIMA ☐ EVADIU-SE ☐ SOCORRIDO	
ESTADO DO CONDUTOR ☐ MORTO ☐ FERIDO ☒ ILESO			

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01			
NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE			
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	TELEFONE ()
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)			
MUNICÍPIO		UF	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO ☐ NA FRENTE ☐ ATRÁS ☐ EM PÉ	ESTADO DA VÍTIMA ☐ MORTO ☐ FERIDO ☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01			
NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE			
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	TELEFONE ()
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)			
MUNICÍPIO		UF	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO ☐ NA FRENTE ☐ ATRÁS ☐ EM PÉ	ESTADO DA VÍTIMA ☐ MORTO ☐ FERIDO ☐ ILESO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO

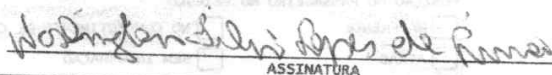
Lanterna Traseira esquerda.



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Diminua na falta da esquerda fizeti aguardando os carros pararem para ir para frente da direita, porém quando fui para a falta da esquerda não senti a parada dos carros não duraram eu estava com a seta ligada.

ASSINATURA DO CONDUTOR



ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº 01

NOME		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF

TESTEMUNHA Nº 02

NOME		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F	TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF





[Assinatura]

VEÍCULO Nº 021

NOME DO PROPRIETÁRIO: Felissinha Genta Oliveira

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): Sítio Massaranduba nº 10, Cs - Zona Rural

MUNICÍPIO: São Bento do Una UF: PE MARCA: YAMAHA MODELO: XTZ 125K PLACA/UF: Kit-3889

TIPO DE VEÍCULO:

☐ AUTOMÓVEL	☐ MICROÔNIBUS
☐ BICICLETA	☐ TRATOR
☒ MOTOCICLETA	☐ TRACÇÃO ANIMAL
☐ CAMIONETA	☐ CAMINHÃO
☐ CAMINHONETE	☐ CARGA
☐ ÔNIBUS	☐ OUTRO.....

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (m): ESTADO DOS PNEUS: ☐ BOM ☒ RUIM

INFRAÇÕES CONSTATADAS:

☒ SIM ☐ NÃO 53.864-8/53.866-0

AUTO DE INFRAÇÃO: 50/100/65.912

CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES): 50/100/65.912

DIAGRAMA DE AVARIAS:

☒	☒	☒
☒	☐	LD
☒	TC	TD

LEGENDA:

FE - FRONTAL ESQUERDO
EC - EIXO CENTRAL
FD - FRONTAL DIREITO
LE - LATERAL ESQUERDO
LD - LATERAL DIREITO
TE - TRASEIRO ESQUERDO
TC - TRASEIRO CENTRAL
TD - TRASEIRO DIREITO

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS:

☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO
☒ REMOÇÃO DO VEÍCULO
☐ RECOLHIMENTO DA CNH
☐ RECOLHIMENTO DA PPD
☐ RECOLHIMENTO DO CRV
☐ RECOLHIMENTO DO CRLV
☐ TRANSBORDO DA CARGA
☐ NENHUMA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 021

NOME DO CONDUTOR: Eivaldo José da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1985 SEXO: ☒ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: 7080202 - SDS - PE TELEFONE: (81) 99929-0885

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): Rua Casanova Moura nº 420 - DA Penha

MUNICÍPIO: Ribeirão UF: PE

HABILITAÇÃO:

☐ CNH
☐ PERMISSÃO
☒ NÃO HABILITADO
☐ NÃO EXIGÍVEL
☐ ESTRANGEIRA
☐ NÃO APRESENTOU CNH

Nº DE REGISTRO:

1ª HABILITAÇÃO:

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

VALIDADE DA CNH:

☐ EM DIA
☐ VENCIDA

USAVA CAPACETE:

☐ SIM
☐ NÃO
☒ SEM INFORMAÇÃO

CATEGORIA DA CNH:

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

SITUAÇÃO DO CONDUTOR:

☐ PERMANECIU NO LOCAL
☐ ATENDEU À VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☒ SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR:

☐ MORTO
☒ FERIDO
☐ ILESO

PASSEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 021

NOME DO PASSEIRO/PEDESTRE: Alaine Gonçalves Santos

DATA DE NASCIMENTO: 21/04/1983 SEXO: ☐ M ☒ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: 7.100.538 TELEFONE: ()

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): Rua Antônio Gonçalves de Lira - Rio Verde

MUNICÍPIO: Santa Cruz do Capibaribe UF: PE

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE:

☐ SIM
☐ NÃO
☒ SEM INFORMAÇÃO

POSIÇÃO DO PASSEIRO NO VEÍCULO:

☐ NA FRENTE
☒ ATRÁS
☐ EM PÉ

NO COMPARTIMENTO DE CARGA:

☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA:

☐ MORTO
☒ FERIDO
☐ ILESO

PASSEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 1

NOME DO PASSEIRO/PEDESTRE:

DATA DE NASCIMENTO: SEXO: ☐ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: TELEFONE: ()

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO):

MUNICÍPIO: UF:

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE:

☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

POSIÇÃO DO PASSEIRO NO VEÍCULO:

☐ NA FRENTE
☐ ATRÁS
☐ EM PÉ

NO COMPARTIMENTO DE CARGA:

☐ SEM INFORMAÇÃO

ESTADO DA VÍTIMA:

☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº

NOME

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

☐ M☐ F

TELEFONE

()

ENDEREÇO (RUA, Nº)

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

ENDEREÇO (BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF

TESTEMUNHA Nº

NOME

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

☐ M☐ F

TELEFONE

()

ENDEREÇO (RUA, Nº)

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

ENDEREÇO (BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF



Informações sobre o veículo

Placa: KIT-3889

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/XTZ 125K

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AZUL

Chassi: 9C6KE094060003992

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2006

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

> AL. FID. YAMAHA ADM CONS LTDA

> NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA

 Consultar débitos

 Consulta de emissão de CRLV

14/08/2020 15:42

