
Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190306640

Vítima: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190575090

Vítima: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190575090

Vítima: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190575090

Vítima: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006312-6

Conta: 000001945-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 061.797.004/19 4 - Nome completo da vítima: CRISTIANO GUMMANN DE LIMA E SILVA

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

5 - Nome completo: CRISTIANO GUMMANN DE LIMA E SILVA 6 - CPF: 061.797.004/19
7 - Profissão: 8 - Endereço: Avenida Barrota nº 1700 9 - Número: 707 10 - Complemento:
11 - Bairro: Recife 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50940-680
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 98572-8935

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6312 6 CONTA: 0001945 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INV. 552334 0350681

PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18071105B01

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

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



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

Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480909, Policial Rodoviária Federal, em 2012/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobate/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 986651B0B56D539040B1A4C362A9D.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 15/12/2018 Hora: 11:30 Município: RECIFE/PE
BR: 232 KM: 7,7 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: ANA CLAUDIA, 1480989

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Reto
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Sol

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 15/12/2018, por volta das 11:30h, no km 7,7 da BR 232, em Recife/PE, aconteceu um acidente do tipo colisão lateral, com uma vítima lesionada. Os veículos envolvidos são a motocicleta Honda /Cg 150 Titan(V1), placa KJS-6326 e o M. Benz /Axiom 2544(V2), placa EJZ-3869. Com base nos vestígios materiais identificados e nas declarações dos condutores, constatou-se que V1, motocicleta, trafegava entre as duas faixas(corredor), no sentido Recife-Caruaru, quando próximo a empresa Coral, por motivo não esclarecido, desequilibrou-se, colidindo lateralmente em V-2, que seguia na faixa da direita, no mesmo sentido(capital-interior). Após a colisão, V1 tombou sobre a via. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, conclui-se que o fator principal do acidente foi não guardar distância de segurança(lateral), ação cometida por V-1(motocicleta). A dinâmica encontra-se representada no croqui. Observações: Quando a equipe da Polícia Rodoviária Federal chegou ao local do acidente, este estava desfeito, já que a vítima e os veículos foram removidos da posição final. E já se encontrava no local uma equipe da PM, com o soldado Amaro Silva, matrícula 116495-3. O condutor de V-2 não encontrava-se no local no momento da chegada da equipe da PRF, por não ter percebido a colisão de V1 em seu veículo, V2, tendo retornado com a PM pouco depois. A velocidade regulamentar para a pista é de 60km/h. Foram realizados testes de etilômetro com os condutores sem que fosse detectada a presença de álcool.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480989, Policial Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/portal/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 98666198053CE0904GB1A42362A48D.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

Local do feito



RECIFE

CARUARU

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	
2	tombamento	

MARGAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Desaceleração (m)	Arrastamento (m)
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solitação	Comparecimento
---------------	-----------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - KJS6326 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: KJS6326 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Renavam: 00979046785
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9C2KC08108R265596 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passagreiro Categoria: Particular Cor: Vermelha
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Danos ao guidom, retrovisores, arranhões e pequenos amassões na lataria.



Documento assinado eletronicamente por ANA CLÁUDIA, matrícula: 1480989, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobatalhaautenticar>. Informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 9B6651BGB587DE09040B1A40362A46D.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

Veículo ficou sob a responsabilidade do Sr Matheus Felipe de Oliveira Veloso
Freire, CPF 708.482.744-74, com a autorização do condutor.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480989, Policial Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2016 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nqvdbat/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 9B6651B0B5BDE0904DB1A4D362A48U.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

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

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN KS

Placa: KJS6326

Nº BOAT: 18071105B01

Nome do Agente: ANA CLAUDIA

Matrícula do Agente: 1480989

Data: 15/12/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Média

V1 - Imagens Obrigatórias

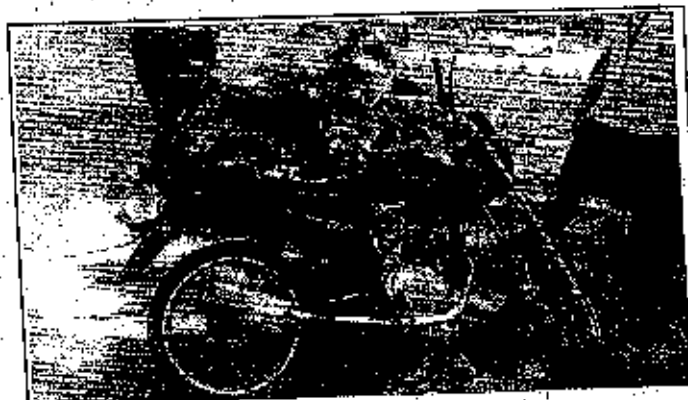


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480989, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no 5º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novokal/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 956651609520E09940B1A0362A48D.

191

**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**
PROTOCOLO Nº 18071105B01**V1 - Proprietário**

Nome: ERIBERTO JOSE LUCAS DA SILVA

Email:

Endereço: RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 373.344.174-53

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA**V1C - Informações**

Nome: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

CPF: 061.797.004-19

sexo: Masculino

Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 21/09/1995

Estado civil:

Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 10/11/2014

Nº Registro: 06226830024

UF: PE

Vencimento da habilitação: 25/06/2019

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: AVENIDA TEMPO FELIZ, 0000000407, SANCHO, RECIFE-PE

Telefone: 989082873

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: Condutor, com ferimentos leves, socorrido para a UPA do Curado pelo Corpo de Bombeiros, sob o comando soldado Germano matrícula 710195-3.

V2 - VEÍCULO 2 - EJZ3869 - CAMINHÃO-TRATOR**V2 - Informações**

Placa: EJZ3869

Marca/modelo: M.BENZ/AXOR 2544 S

Renavam: 00594681707

Ano fabricação: 2013 Chassi: 9BM958443DB928748

Tipo de veículo: Caminhão-
trator

Espécie: Tração

Categoria: Aluguel

Cor: Branca

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



Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480983, Policial Rodoviária Federal, em 20/12/2013, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.205-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.939, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 996651BCB5BDE09040B1A40362A48D.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

V2 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Sim

Equipamento atende à legislação: Não

Diagrama foi recolhido: Não

Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Não



Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480989, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei da Proteção Privacidade Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 611-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabai/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 9B6651E0B3B6E09346B1A4D862A46B.

191

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

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

Veículo: V2 / M.BENZ/AXOR 2544 S

Placa: EJZ3869

Nº BOAT: 18071105B01

Nome do Agente: ANA CLAUDIA

Matrícula do Agente: 1480989

Data: 15/12/2018

Item	Descrição da Avaria	Valor	Item classificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir).	M		X	

Dano de Monta: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480989, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2013.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 9B6651B0B58DE0040B7A40362A480.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL
ESQUERDA



IMAGEM DA LATERAL
DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANA CLÁUDIA, matrícula 1480963, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.700-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabasilautenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 936361B0R96DED9010B1A40362A480.

191

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

V2 - Proprietário

Nome: E F BONETTI TRANSPORTES LTDA

CPF/CNPJ: 01.570.842/0001-41

Email:

Telefone:

Endereço: AV SEN VERGUEIRO, 00930, BLIV A 7, SAO BERNARDO DO CAMPO-SP

V2C - CONDUTOR DE V2 - MARCELO ARAUJO GOMES

V2C - Informações

Nome: MARCELO ARAUJO GOMES

Data de Nascimento: 01/07/1978

CPF: 183.706.358-30

Estado civil:

sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: E

Primeira habilitação: 27/02/1997

Nº Registro: 02402854107

UF: SP

Vencimento da habilitação: 25/02/2020

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 1513

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: R VEREADOR JOAO G DE LIMA, 00189, CASA 4, VL NONGUEIRA, DIADEMA-SP

Telefone: 989998383

Email:

TRACIONADO (REBOQUE/SEMI-REBOQUE E OUTROS) DO VEICULO 2 - V2R1 - DVT5132

V2R1 - Informações

Placa: DVT5132

Marca/modelo: SR/DAMBROZ EA113E

Renavam: 00958983704

Ano fabricação: 2008 Chassi: 9A9A1892082AC7449

Tipo de veículo: Semireboque

Espécie: Carga Categoria: Aluguel

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente:

V2R1 - Proprietário

Nome: SOLVI BONETTI TRANSPORTES LTDA EPP

CPF/CNPJ: 13.692.086/0001-02

Email:

Telefone:

Endereço: SAO BERNARDO DO CAMPO-SP



Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480989, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-PDS, de 18 de novembro de 2013.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/revobav/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 9B5657B0B5BDE09C0B1A40362A4BD.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

V2R1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2R1 / SR/DAMBROZ EA113E

Placa: DVT5132

Nº BOAT: 18071105B01

Nome do Agente: ANA CLAUDIA

Matrícula do Agente: 1480989

Data: 15/12/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente
			Sim Não NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver atingido o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de lula da base da carroceria com o chassi).	M	X
3	Para choque traseiro danificado.	M	X
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	X
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixado a suspensão.	M	X
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X
16	Alçapão(s) (se existir)	M	X

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480989, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 67-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.gpf.gov.br/nova-bat/autenticar>. Informamos que o protocolo 18071105B01 é o número de controle 98665180B56DFD9040B1A40362439D.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071105B01

V2R1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1480989, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 9 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/cvobolizantificar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 986651B0653DE09C40B1A40362A48D.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18071108B01



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANA CLAUDIA, matrícula 1483969, Polícia Rodoviária Federal, em 20/12/2016, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.204-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 18 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/voce/autenticar>, informando o protocolo 18071105B01 e o número de controle 986651B0B5BDE09040B1A4D362A4BD.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

06179700419

CRISTIANO GUMMUND DE LIMA E SILVA

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

5 - Nome completo:

CRISTIANO GUMMUND DE LIMA E SILVA

6 - CPF:

06179700419

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

RECUSO

AVENIDA BARROTA 901 PAREANA

707

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

PARAIBA

RECIFE

PE

50920-680

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81 98572-8935

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

6312

6

CONTA:

0001945

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairaser)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06312-6

CONTA: 000000001945-3

Nr. Autenticação

BRDESCO301020190500000000023706312000000001945168750 PAGO

ESPOSENDE



CTC RECIFE PE 011

CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA
AVENIDA GAROTA DE IPANEMA 407
SANCHO
50920-880 RECIFE PE



7210125172/2150000001576835160018

Postagem: 16/03/2019
D.C-016969



SO: 015.300.674 05/08/2019 017911

DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL2
IZAQUE JOSÉ GOMES DA SILVA
R. ESTRADA VELHA DO PAULISTA 170
RIO DOCE
53070-620 OLINDA PE



7213099639686730000001791130060819



2019080301530067401

PARA USO DO CORREIO

☐ Endereço	☐ Não procurado
☐ Endereço insuficiente	☐ Ausente
☐ Não existe o número indicado	☐ Falecido
☐ Desconhecido	☐ Informação escrita pelo porteiro/síndico
☐ Recusado	
Reintegrado ao serviço postal em	Visto do Responsável

REMETENTE - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



SSA
AV. DOUTOR HEITOR JOSÉ REALI, 360
13571-385 SÃO CARLOS - SP



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190575090 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 15/12/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO. P2/13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P5/13
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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, LEI Nº 10.924/04, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.303/96.

Pelo exposto, eu ROQUE JOSÉ GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 065793954 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CRISTIANO EMANUEL DE LIMA E SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 061797004 / 19

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima CRISTIANO EMANUEL DE LIMA E SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 061797004 / 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>ESTRADA VELHA DO PROTESTA</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>RIO DOCE</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53070-620</u>	Tel. (DDD): <u>81</u> <u>985728935</u>

Local e Data: RECIFE 8 DE OUTUBRO 2019

ROQUE JOSÉ GOMES DA SILVA
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELIAS SALLES DE SOUZA

RG nº 3830480, data de expedição 04/05/07,

Órgão JDJ, portador do CPF nº 719.496.314-00, com domicílio na cidade de VAROÁO, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MANOEL DE SIENA, nº 215,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima CRISTIANO LUIZ SILVA, cujo o condutor era

CRISTIANO LUIZ DE LIMA SILVA

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG150 TITAN 15

Ano: 2008

Placa: KJ5-6326

Chassi: 9C2KCD8108R265596

Data do Acidente: 15/12/2018

Local e Data: BR 232/RECIFE PE 15/12/2018

1º DISTRITO

Assinatura do Declarante

CRISTIANO LUIZ DE LIMA SILVA

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





HOSPITAL MANOEL RABELO
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDADO E MANTIDO PELA CIDADANIA

Av. General Manoel Rabelo

Dr: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO
Data: 03/01/2019 12:56:33
Hora: 12:56

Sumário de Admissão e Alta

Nome: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA

Atendimento: 191623

Sexo: Masculino

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CALCÂNEO ESQ.

CID: S920

Procedimento Solicitado:

0408050535 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408050535 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO

01. Cirurgião: ODILMAR BARBOSA E SILVA
02. 1. Auxílio Cirúrgico:
2. Auxílio Cirúrgico:
3. Auxílio Cirúrgico:
05. Demais Auxílios Cirúrgicos:
06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS
07. Clínico:
08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante
- ☐ Vacina Anti - Rti

- ☒ Uso de Prótese Órtese
- ☒ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S920 - FRATURA DO CALCÂNEO

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 19/12/2018

Data da Alta:

Dias de Hospitalização:

dia (s)

Dr João Paulo Romeiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 22622

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS C.G.C. 09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

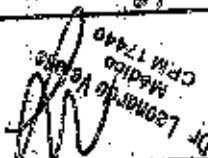
INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <u>ARSHANO EVARUEL DE LIMA e SILVA</u>			
DATA DO NASCIMENTO:		SEXO:	Nº DO PRONTUÁRIO:
NOME DA MÃE:			
ENDEREÇO: (AV/RUA)			
Nº:	BLOCO:	APTº	BAIRRO:
MUNICÍPIO:			UF: CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:	<u>paciente h 2 dias</u>
	<u>história de consumo Esg.</u>
	<u>estava no HGV mas evasive</u>
	<u>permanência deste serviço por pedido</u>
EXAME FÍSICO:	<u>serviço 20 VIA (Auto Internação)</u>

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO INICIAL:	<u>história do consumo E</u>	CÓDIGO:
PROCEDIMENTO SOLICITADO:	<u>internação + cirurgia</u>	CARATER DA INTERNAÇÃO:
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:	<u>GI</u>	
DATA: <u>12/12/18</u>	DATA: <u>1/1</u>	
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:	<u>Hospital Municipal de Jaboatão</u>
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO <u>Senhor 539459</u>	DATA DO ENCAMINHAMENTO:

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 191623

Nascimento: 21/09/1995

Responsável:

Frontalário: 761642

Sexo: Masculino

Nome: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 19/12/18 15:31:31

Idade: 23 Anos, 2 Meses e 28 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 55

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: MARCIA CRISTINA DE LIMA

Nome do Pai:

Endereço: AVENIDA GAROTA DE IPANEMA, SANCHO, CEP: 50920680, Nº 407, RECIFE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 12 - LEITO 02
Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259 CID: 5920

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE COM FX DE CALCANEIO ESQ. ENCAMINHADO DO HOF.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA:

EXAME FISICO GERAL:

EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, CORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

FX DE CALCANEIO ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton Araújo

CRM 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

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

12-2

PACIENTE: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA

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

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

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

CID-10: 5920 - FRATURA DO CALCÂNEO

DATA DE INTERNAMENTO: 19/12/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 03/01/2019

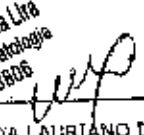
DATA DE ALTA: 04/01/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 18/01/2019

HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. ODILMAR BARBOSA E SILVA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 4 DE JANEIRO DE 2019


Dra. Maria Aparecida Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 18806

MÉDICO: MARTA APARECIDA LAIRIANO DE LIRA

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

PACIENTE: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA

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

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

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

CID-10: S920 - FRATURA DO CALCÂNEO

DATA DE INTERNAMENTO: 19/12/2018

DATA DA CIRÚRGIA: 03/01/2019

DATA DE ALTA: 04/01/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 18/01/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. ODILMAR BARBOSA E SILVA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 4 DE JANEIRO DE 2019

Dra. Maria Aparecida Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 18806

MEDICO: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA

USO ORAL

1. DÍPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. AAS 100mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO APÓS ALMOÇO POR 30 DIAS
4. CEFALEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 04/01/2019

Dra. Maria Aparecida Lira
Ortopedista Traumatologia
CRM/PE 18886

ASSINATURA E CARIMBO

Recetário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA	
CRM: 18806	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 04/01/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente	
Nome: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA	
Endereço: AVENIDA GAROTA DE IPANEMA, SANCHO, CEP: 50920680, Nº 407, RECIFE - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) -----	02 CAIXAS
TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Dra. Maria Aparecida Lira
Ginecologia e Obstetrícia
CRMPE 18806

Identificação do Comprador			
Nome:		RG:	
		Org. emissor:	
Endereço:			
Cidade:	UF:	Tel.:	

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	
Data: / /	

Recetário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA	
CRM: 18806	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 04/01/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente	
Nome: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA	
Endereço: AVENIDA GAROTA DE IPANEMA, SANCHO, CEP: 50920680, Nº 407, RECIFE - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) ----- 02 CAIXAS TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Dra. Maria Aparecida Lira
Osteopata / Fisioterapeuta
CRMPE 20865

Identificação do Comprador			
Nome:		RG:	
		Org. emissor:	
Endereço:			
Cidade:	UF:	Tel.:	

Identificação do Fornecedor	
Data: / /	
Ass. do Farmacêutico	

crisiano euniquel de lima e silva,
59211456
Data de nascimento: 21/09/1995
ID: 761842

Bila

FORNOZELO CALCANEO
ATERAL
M: 4096 L: 2048
D do técnico: admin

ALMOBROS
ALMOBROS PARCIAL

Data de aquis.: 03/05/2019
Hora de aquis.: 09:47:42
Indice de exp.: 1412

16cm

Escala: 0.0
HIMU

1cm

RECEITUÁRIO

NOME: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

(20 SESSÕES)

CID 10:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ S42.0 | ☐ S52.4 | ☐ S82.2 |
| ☐ S42.2 | ☐ S72.9 | ☐ S82.3 |
| ☐ S42.3 | ☐ S72.5 | ☐ S82.6 |
| ☐ S42.4 | ☐ S82.0 | ☐ S82.5 |
| ☐ S52.5 | ☐ S82.1 | ☐ Outro: S 920 |

ENCAMINHAR - SE AO POSTO DE SAÚDE PRÓXIMO AO DOMÍLIO OU ORGÃO RESPONSÁVEL
PARA MARCAR CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA.

DATA: 08/05/2019

MÉDICO: LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

CRM - 23550

Handwritten signature and stamp
Stamp: 08/05/2019, 14h30, HMTPE

RECEITUÁRIO

NOME: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA DA SILVA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

(20 SESSÕES)

CID 10:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ S42.0 | ☐ S52.4 | ☐ S82.2 |
| ☐ S42.2 | ☐ S72.9 | ☐ S82.3 |
| ☐ S42.3 | ☐ S72.3 | ☐ S82.5 |
| ☐ S42.4 | ☐ S82.0 | ☐ S82.5 |
| ☐ S52.5 | ☐ S82.1 | ☐ Outro: S 920 |

ENCAMINHAR - SE AO POSTO DE SAÚDE PRÓXIMO AO DOMICÍLIO OU ORGÃO RESPONSÁVEL
PARA MARCAR CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA.

DATA: 08/03/2019

MÉDICO: LEONARDO COSTA CONNAMES DE OLIVEIRA

CRM - 23550

Dr. Leonardo Costa Connames de Oliveira
CRM - 23550

Nome: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Atendimento: 245223

Idade: 24 Anos, 0 Mês e 6 Dias

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Logado: LEONARDO COSTA

Data: 28/09/2019 09:39:

Prontuário: 761642

Leito Obs:

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

Descrição:

LAUDO MEDICO:

PACIENTE OPERADO NESTE SERVIÇO 03/01/19 DEVIDO A FRATURA DE CALCANEIO ESQ COM BOA EVOLUÇÃO CLÍNICO RADIOGRÁFICO
FRATURA CONSOLIDADA DE ALTA DA ORTOPEDIA

CID S 920

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

Jaboatão dos Guararapes, 28/09/2019 09:39:57

Médico: LEONARDO COSTA
GONCALVES DE OLIVEIRA
Conselho: 23550

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

F.AT.SAM.01

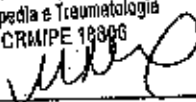
REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Cristiano Emmanuel de Lima e SilvaREGISTRO: 761642 DATA DE NASCIMENTO: 21/09/1995RG: 8780504 ORGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Avenida Garata de IpanemaBairro: SanchoNOME DA MÃE: Marcia Cristina de LimaDATA ADMISSÃO: 19/12/2018 DATA ALTA: 04/01/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 03/01/2019 CID: S92.0DIAGNÓSTICO: Fratura do Calcâneo EsquerdoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura do Calcâneo EsquerdoMÉDICO: Adilmar BarbosaCREMEPE: 45051JABOATÃO DOS GURARAPES, 18 DE Jan DE 2019

Dra. Maria Aparecida Lira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 18306



MÉDICO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CGC Nº:
10.572.048/0006-51

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

(03 vias)

CARTÃO BUS:

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

CRISTIANO EMERSON DE LIMA S. LIMA

DATA DE NASCIMENTO:

21.08.1995

SEXO:

MASC.

Nº DO REGISTRO:

7106155

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidose de metabolismo por
Válvula dos 11:30h de hoje, evoluindo
com dor + edema (24h) em TNE/FE (E)

EXAME FÍSICO:

+ limbo toco funcional total. Neurovasculares
normais. Escarificadas em 1/3 distal punho (E)

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Serum + Ex Fric + Oex

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

(F) Frot. Colúmbio (E) + Entera

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

moderado/ grave TNE (E)

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

CARATER DA INTERNAÇÃO

Frot. Fric + Entera

DATA:

25.12.18

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

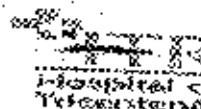
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

Av. da General San Martín s/n - Capangá
Recife/PE - CEP 50.090-000
Fone: 0800.61.3124/6600



ATESTADO MÉDICO

REG: 183976

Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA**, foi atendido na Unidade de Pronto Atendimento - UPA Curado II.

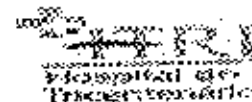
Data: 15/12/2018 - Hora: 16:40

CID.: S93.0

- (X) Necessitando de (QUINZE) 15 dia(s) de afastamento de suas atividades (do trabalho ou escola);
() Estando apto(a) para voltar as suas atividades;
() Como acompanhante;
() Declaração de consulta médica hoje;
() Outros ??

Dr. Sergio Tavares
Traumatologia e Ortopedia
CRM-PE 9741

Dr. SERGIO COSTA TAVARES DA SILVA
CRM: 9741



Nome: **CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA** Nº registro: **183976**
Dt. Nasc.: 12/09/95 - 23 ano (s)
Sexo: Masculino Mãe: **MARCIA CRISTINA DE LIMA** Fone: 88985168
Endereço: **GAROTA DE IPANEMA, nº 47, SANCHO, RECIFE - PE**
Data/hora: 15/12/2018 - 12:47
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

PACIENTE TRAZIDO PELO CBM
HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. HISTÓRIA DE DOR NO TORNOZELO
ESQUERDO
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
NEGA MORBIDADES

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL
ESTADO GERAL BOM, CORADO EUPNEICO, HIDRATADO,
SISTEMA LOCOMOTOR: DOR E EDAMA ACENTUADO EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDOS,
FERIMENTOS EM MÃO DIREITA E COTOVELO ESQUERDO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S930 - Luxação da articulação do tornozelo | Astrágalo | Pêrônio [fíbula], extremidade
distal | Talus | Tibia, extremidade distal
S920 - Fratura do calcâneo | Osso do calcanhar

FERIMENTOS CONTUSOS EM MÃO DIREITA E COTOVELO ESQUERDO

Resultados de Exames:

RX IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO
RX DE MÃO DIREITA E COTOVELO ESQUERDO NORMAIS

Evolução do paciente:

TALA BOTA
SUTURA E CURATIVO
SOLICITADA TRANSFERÊNCIA PARA INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR NO HOSPITAL:
GETÚLIO VARGAS
SENHA 5577426

Dr. SERGIO COSTA TAVARES DA SILVA
CRM: 9741

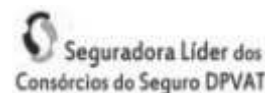
Rua Leonardo da Vinci, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

Dr. Sérgio Tavares
Traumatologia e Ortopedia
CRM-PE 9741

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO PARAGUAY MINISTERIO DAS CHACAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO CERTIFICADO NACIONAL DE IDENTIFICACAO		
FOTOGRAFIA 1302158855	NOME: ISAAC JOSE GOMEZ DA SILVA	
	DATA DE NASCIMENTO: 7042852	SEXO: M
	CPF: 055.793.954-43	DATA DE EMISSAO: 10/04/2005
	ENDERECO: JOSE GOMEZ DA SILVA AVENIDA MARIA DA SILVA SILVEIRA	
REGISTRO: 05417177696	VIGENCIA: 29/09/2021	EXPIRACAO: 05/04/2022
ASSINATURA DO TITULAR: _____ ASSINATURA DO EMITENTE: _____ LOCAL: _____ DATA: _____		
IDENTIFICACAO: 1302158855 ASSINATURA DO EMITENTE: _____ LOCAL: _____ DATA: _____		

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350681/19

Vítima: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

CPF: 061.797.004-19

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA : 061.797.004-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2019
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 065.793.954-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

Procuração

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

1. Outorgante CRISTIANO EMANUEL DE LIMA E SILVA

portador(a) do documento de identidade nº 8.780.504, expedido por _____ em

____/____/____, inscrito no CPF sob o nº 061.797.004-19, residente na

AV. GARDIA DE IPANEMA, nº 40A

complemento CASA, Bairro RECIFE, cidade

RECIFE, Estado PE.

2. Outorgado IZAQUE JOSÉ GOMES DA SILVA

portador(a) do documento de identidade nº 7.042.652, expedido por SPS-PE, em

____/____/____, inscrito no CPF sob o nº 064.793.954-43, residente na

ESTRADA VELHA DE PAULISTA, nº 170

complemento CASA, Bairro RIO DOCE, cidade

OLINDA, Estado PE.

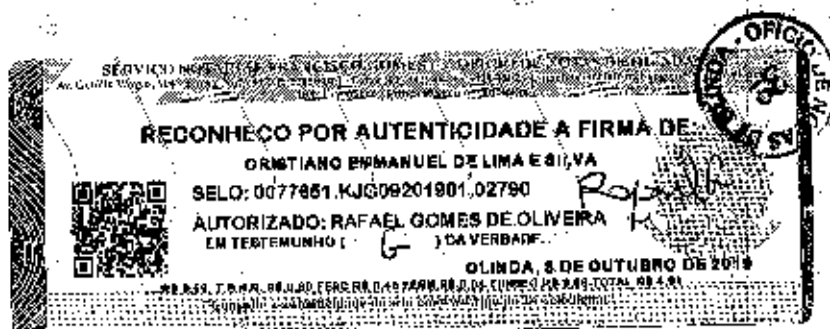
Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

RECIFE-PE 03 de 10 de 2019.



Outorgante

Cristiano Emanuel L. Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150050/19

Vítima: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

CPF: 061.797.004-19

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: CRISTIANO EMMANUEL
DE LIMA E 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
Outros

CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA : 061.797.004-19

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: 06/05/2019
Nome: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA
CPF: 061.797.004-19

CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350681/19

Vítima: CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA

CPF: 061.797.004-19

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: CRISTIANO EMMANUEL
DE LIMA E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

CRISTIANO EMMANUEL DE LIMA E SILVA : 061.797.004-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2019
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 065.793.954-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino