

# 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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYANE VIANA DA COSTA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00023

CONTA: 000001014733-0

---

Nr. da Autenticação 47378E3F77DA1F0A

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190696451 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAYANE VIANA DA COSTA **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º QUIRODÁCTILO DE MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 2º QUIRODÁCTILO DE MÃO DIREITA.

**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 MODERADO DE 2º QUIRODÁCTILO DE MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 3\_RELATÓRIO MÉDICO.

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 |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 5%         | R\$ 675,00            |
|                                                                                 |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>5 %</b> | <b>R\$ 675,00</b>     |

**Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190696451**

**Vítima: MAYANE VIANA DA COSTA**

**Data do Acidente: 29/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAYANE VIANA DA COSTA**

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\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **MAYANE VIANA DA COSTA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **047**

Agência: **00000023**

Conta: **000001014733-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**RECEITUÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Relatório Médico

Sra. Mayome Vieira da Costa foi  
atendida no UPA Dr. Zulmira  
Seus os 18:28 de dia 09/10/2019  
com história referida de acidente por  
queda de moto. Na ocasião, no exame  
radiológico, identificou-se fratura  
em 2º metacarpo direito e a mesma  
foi encaminhada para urgência orto-  
pédica do Hospital Regional de Itaboraí  
para avaliação e tratamento

Dr. Marcelo Guedes Souza  
CRM/SE 2963  
Diretor Clínico

Ass. e Carimbo / CRM

Data

09/10/2019

br 18:28.



**PREFEITURA MUNICIPAL**  
**DE POÇO REDONDO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**POUCO URGENTE**  
Casos de menor urgência e que podem aguardar atendimento.

Nº DE INSC.  
**90.626**

UNIDADE DE SAÚDE:

**UPA24h**

UNIDADE: DONA ZULMIRA SOFIA

NOME:

**Wayane Liana da Costa**

DATA:

**04/10/19**

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: **04/03/96** SEXO: **F**

PAI:

**José Manoel Liana**

MÃE: **Marli da Costa Cruzado**

ENDEREÇO: **Rua Francisco Xavier**

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO: **Agricultor**

RESPONSÁVEL:

**QUADRO AUXILIAR ANAMNESE**

ALERGIA ☒  
CARDIOPATIA ☐  
DIABETES ☐  
EPILEPSIA ☐

ANEMIA ☐  
HEMORRAGIA ☐  
HEMOFILIA ☐  
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐  
TUBERCULOSE ☐  
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

**04/10/19**

**P.A = 110 x 70 mmHg**

**Paciente edemato em M.S.D**

**mas após queda de peso.**

**Refere alergia a Dipirona  
Nega outras drogas.**

**Transferida ao Regional Itabaiana  
em volume próprio**

**Evento Registro do Nascimento**  
CORREN 589255  
Coordenador Enfermagem  
UPA Zulmira Soares 24h

**DADOS DO PACIENTE**

NOME: Margarida da Silva da Costa

SEXO ☒ FEM. ☐ MASC. IDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua Francisco de Paula FONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: Regime Habitual

**DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:**

Apresenta edema em membros inferiores e dor há 2 dias, após trauma causado em acidente de moto na rua. Responde bem a medicação da dor, em 1º atendimento B.

**MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

/

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

Fratura mão E.  
Análise Ortopédica

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

**OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS**

Unidade Hospitalar

Local e Data

Ass. de



Nº. DO BE: 75797 DATA: 02/10/2019 HORA: 07:52 USUARIO: APSCARVALH  
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MAYANE VIANA DA COSTA DOC...: 255708  
IDADE.....: 23 ANOS NASC: 04/03/1996 SEXO...: FEMINI  
ENDEREÇO.....: RUA FRANCISCO XAVIER NUMERO: 41  
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO  
MUNICIPIO.....: POÇO REDONDO UF: SE DEP...: 49810-  
NOME PAI/MAE...: JOSE MARCOS VIANA /MARLI DA COSTA GONZAGA  
RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL...: 799998  
PROCEDENCIA...: POÇO REDONDO - SE 3  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

RA: [ X ] *nrHg* PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
*25/10/19* [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

## DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/10/19*

*Ata de acidente foto feita 03 dias, e  
primeira no gesso, C/dn + E/dn*  
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

DIAGNOSTICO: *Fratura R. ATC - 7* CID:

## PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICA

*Re far 500 - 1x - 1x  
TAA ou frnt*

DATA DA SAIDA: *02/10/19* HORA DA SAIDA: *8*  
ALTA: ☒ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA  
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] ANAT. P.

*Lucas dos Santos*  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

*Dr. Sérgio de M. A. Gomes*  
ASSINATURA DO MEDICO  
Carimbo do medico

**DADOS DO PACIENTE**

NOME: Marysma Viana da Costa

SEXO ☒ FEM. ☐ MASC. IDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua Francisco de Assis, 100 FONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: Regeneração Itabaiana

**DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:**

Apresenta edemas em membros inferiores e dor na  
região superior lateral em acidente de trânsito  
semelhante. Realizada Rx evidenciando  
fratura de 2.ª costela direita.

**MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

Fratura em mão  
Alta em Integridade

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

**OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS**

Unidade Hospitalar

Local e Data

2019.11.01  
14:53







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

NOME  
NATANE VIANA DA COSTA

DOC. IDENTIDADE - ORIG. EMISSOR  
25570838 SSP SE

CITY  
063.752.455-16 DATA NASCIMENTO  
04/03/1996

PERIÇÃO  
JOSE MARCOS VIANA  
NANLI DA COSTA GOMES

PERMISSÃO  
BOL  
CATHNE  
AB

SPRINTER  
06242553177 VIGÊNCIA  
10/09/2024 PRAZOS  
17/12/2014

OBSERVAÇÃO  
SEM OBSERVAÇÃO

*Natane Viana da Costa*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
ARACAJU, SE DATA DE EMISSÃO  
10/10/2019

*Natane Viana da Costa*  
44701460960  
68023474242

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1921930881

PROCESSO PLASTIFICAR  
1921930881

---

**Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190696451**

**Vítima: MAYANE VIANA DA COSTA**

**Data do Acidente: 29/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MAYANE VIANA DA COSTA**

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.752.455-16 4 - Nome completo da vítima: Mayane Viana Da Costa

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

5 - Nome completo: Mayane Viana Da Costa 6 - CPF: 063.752.455-16  
7 - Profissão: agente administrativa 8 - Endereço: PE Da matriz 9 - Número: 248 10 - Complemento: JENICA  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Páco Redondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.810-000  
15 - E-mail: maneado@leider.com.br 16 - Tel. (DDD): 99.9918-9204

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ 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: Bradesco

AGÊNCIA: 023    CONTA: 01014733

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido/não nasceu? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 108422/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 12:11 Data/Hora Fim: 15/10/2019 12:33  
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 29/09/2019 13:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Pça de Eventos

CEP:49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Não Houve            |

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: MAYANE VIANA DA COSTA (VÍTIMA , COMUNICANTE ) |                                |                |                  |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|------------------|
| Nacionalidade: Brasileira                                 | Naturalidade:SE - Itabaiana    | Sexo: Feminino | Nasc: 04/03/1996 |
| Profissão: Agente Administrativo                          |                                |                |                  |
| Estado Civil:Solteiro(a)                                  |                                |                |                  |
| Nome da Mãe: Marli da Costa Gonzaga                       | Nome do Pai: Jose Marcos Viana |                |                  |

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: rua francisco Xavier

Nº: 41

CEP: 49.810-000

Telefone: (79) 99947-0300 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                    |                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------|
| Grupo Veículo                      | Subgrupo Motocicleta/Motoneta           |
| Descrição PAS/MOTOCICLETA          | CPF/CNPJ do Proprietário 693.222.605-72 |
| Placa QMF0289                      | Renavam 01175499630                     |
| Número do Chassi 9C2JB0100JR072808 | Ano/Modelo Fabricação 2018/2018         |
| Cor BRANCA                         | UF Veículo Sergipe                      |
| Município Veículo Poço Redondo     | Marca/Modelo HONDA/POP 110I             |
| Veículo Adulterado? Não            | Quantidade 1 Unidade                    |
| Situação Envolvido                 |                                         |

| Nome Envolvido        | Envolvimentos |
|-----------------------|---------------|
| Mayane Viana da Costa | Possuidor     |

RELATO/HISTÓRICO

RELATA a noticiante que na data acima citada, pilotava a motocicleta pertencente a sua tia SONIA VIANA DA SILVA, pela praça de eventos, quando colidiu com uma outra motocicleta que cruzou a via de forma inesperada. Que devido ao choque,



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 108422/2019

caiu ao solo sofrendo fraturas no dedo da mão direita e escoriações de natureza leve em uma das pernas, sendo socorrida por populares e conduzida a UPA POÇO REDONDO, de onde foi transferida para o Hospital da cidade de Itabaiana. É o relato.

ASSINATURAS

Cleber Martins da Silva  
Agente de Polícia  
Matrícula 4712882  
Responsável pelo Atendimento

Mayane Viana da Costa  
(Vítima / Comunicante)

"Dedato para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."