



Nome: JOVANE LOPES FERREIRA

Dt. Nasc.: 10/06/84 - 35 ano (s)

Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA

Endereço: R MUNIZ SILVA, nº 25, IBURA, RECIFE - PE

Data/hora: 17/10/2019 - 07:21

Nº registro: 253106

Sexo: Masculino

Fone: 81985810015

Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

29/10/2019 - PRISCILLA FARIAS

SENHA: BS002

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO

Especialidade: CLÍNICA MÉDICA

Encaminhado Para: SALA AMARELA - CLÍNICA MÉDICA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- ACIDENTE DE TRÂNSITO - ACIDENTE DE MOTO

- Dor MMSS - Dor Torácica - Ferimento - Queda

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU ENCONTRA-SE EM SALA AMARELA APRESENTANDO DOR TORÁCICA + ESCORIAÇÃO + DOR EM MSE DE INÍCIO HOJE APÓS QUEDA

EXAME FÍSICO:

PA: | Temperatura:

HGT: | Sat O2: | FC: | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

SAMU RECIFE USB 10 TEC EM ENF MARISTELA E CONDUTOR JONATHAN

Dr.ª PRISCILLA DA COSTA SANTOS FARIAS

COREN : 281452

Nome: JOVANE LOPES FERREIRA
Dt. Nasc.: 10/06/84 - 35 ano (s)
Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA
Endereço: R MUNIZ SILVA, nº 25, IBURA. RECIFE - PE
Data/hora: 17/10/2019 - 07:26

Nº registro: 253106
Sexo: Masculino
Fone: 81985810015
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE TRAZIDO POR SAMU COM QUEIXA DE ACIDENTE DE MOTO (ESTAVA CONDUZINDO E DE CAPACETE), COM DOR EM HTE E MSE HA CERCA DE 1 HORA. SEM TCE. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.

Exame Físico:

Resultados de Exames:

Conduta:

- 1- VPM
- 2- RX CERVICAL, TORAX E MSE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S202 - Contusão do tórax|

Óbito: Não

Dr. VICTOR ALEX MONTENEGRO MARINHO
CRM: 27707

Nome: JOVANE LOPES FERREIRA
Dt. Nasc.: 10/06/84 - 35 ano (s)
Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA
Endereço: R MUNIZ SILVA, nº 25, IBURA. RECIFE - PE
Data/hora: 17/10/2019 - 07:23
Nº registro: 253106
Sexo: Masculino
Fone: 81985810015
Nº pág.: 1/3

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição do caso: Acidente de Transporte Terrestre (ATT) é todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

1. Município de Notificação: **RECIFE**
 2. Geres: **SECRETARIA DE SAUDE DE PERNAMBUCO**
 3. Unidade Sentinala: **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA IBURA**
 4. CNES: **6726852**
 5. Data do Atendimento: **17/10/2019 07:24**
 6. Número de Registro/Prontuário: **253106**

7. N da Regulação:

8. Nome: **JOVANE LOPES FERREIRA**
 9. Endereço: **R MUNIZ SILVA, 25, IBURA**

10. UF Residência: **PE**
 11. Município de Residência: **RECIFE**

12. Código do IBGE:

13. Sexo: **Masculino**

14. Data de nascimento: **10/06/1984**

15. Idade:

16. Raça/Cor:

1. ☐ Branca
 2. ☐ Preta
 3. ☐ Amarela
 4. ☒ Parda
 5. ☐ Indígena
 99. ☐ Ignorada

17. Ocupação relacionada ao setor de transporte?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

18. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte:

1. ☐ Motorista de carro de passeio | 2. ☐ Motorista de táxi | 3. ☐ Motorista de ônibus/similar | 4. ☐ Motorista de Caminhão
 5. ☐ Motofretista | 6. ☐ Condutor de veículo de tração animal | 7. ☐ Consutor de veículo de pedais | 8. ☐ Mototaxi
 88. ☐ Não se aplica | 77. Outros:

19. Ocupação não relacionada ao setor de transporte:

/2001.

Nome do profissional: PRISCILLA DA COSTA SANTOS FARIAS, Data e Hora: 29/10/2019 21:21:08.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
 Contato: (81) 3184-4616

Nome: JOVANE LOPES FERREIRA

Dt. Nasc.: 10/06/84 - 35 ano (s)

Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA

Endereço: R MUNIZ SILVA, nº 25, IBURA. RECIFE - PE

Data/hora: 17/10/2019 - 07:23

Nº registro: 253106

Sexo: Masculino

Fone: 81985810015

Nº pág.: 2/3

20. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinela:

1. ☐ Veículo Particular | 2. ☐ Viatura Policial | 3. ☒ SAMU | 4. ☐ Resgate/Bombeiro | 5. ☐ Ambulância | 6. ☐ Coletivo | 7. ☐ A pé | 77. Outro:

21. Condição da vítima ao chegar na unidade sentinela:

1. ☒ Consciente | 2. ☐ Inconsciente | 3. ☐ Morto | 99. ☐ Ignorado

22. e 23. Data/Hora do acidente: 17/10/2019 06:15 | 24. Zona de Ocorrência: 1. ☒ Urbana 2. ☐ Rural 99. ☐ Ignorada

25. UF da ocorrência: PE | 26. Município da ocorrência: RECIFE | 27. Código IBGE:

28. Logradouro: | 29. Número: | 30. Bairro: IBURA DE BAIXO | 31. Ponto de referência:

32. Tipo de Vítima:

1. ☒ Condutor | 2. ☐ Pedestre | 3. ☐ Passageiro | 4. ☐ Pessoa conduzida em local inadequado | 99. ☐ Ignorado

33. Meio de locomoção da vítima no momento do acidente:

1. ☐ A pé | 2. ☐ Automóvel | 3. ☒ Motocicleta | 4. ☐ Bicicleta | 5. ☐ Ônibus/Similar | 6. ☐ Veículo pesado | 7. ☐ Ambulância/SAMU/Resgate | 8. ☐ Veículo de tração animal/animal montado | 9. ☐ Trem/Metro

34. Natureza do acidente:

1. ☐ Colisão/Abalroamento | 2. ☐ Atropelamento | 3. ☒ Tombamento ou Capotamento | 4. ☐ Queda em/do veículo | 5. ☐ Choque com objeto fixo | 6. Outros:

35. Outra parte envolvida no acidente:

1. ☐ Automóvel | 2. ☐ Motocicleta | 3. ☐ Bicicleta | 4. ☐ Ônibus/similar | 5. ☐ Objeto Fixo | 6. ☐ Animal | 7. ☐ Veículo Pesado | 8. ☐ Veículo de tração animal/Animal montado | 9. ☐ Pedestre | 10. ☐ Trem/Metrô | 88. ☒ Não se Aplica

36. Acidente relacionado ao trabalho:

1. ☐ Durante o serviço/trabalho | 2. ☐ Indo ou voltando do trabalho | 3. ☐ Não relacionado ao trabalho | 88. ☒ Não se aplica

FATORES RELACIONADOS AO ACIDENTE

37. Excesso de velocidade pelo condutor: NÃO | 38. Sono/fadiga do condutor: NÃO | 39. Condutor habilitado: SIM

40. Uso de capacete pela vítima: SIM | 41. Uso de cinto de segurança/Equipamento de retenção pela vítima: IGNORADO

42. Uso de celular: NÃO | 43. Uso de bebida alcoólica pelo condutor: NÃO | 44. Desrespeito ao semáforo: NÃO

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PRISCILLA DA COSTA SANTOS FARIAS. Data e Hora: 29/10/2019 21:21:08.



Nome: JOVANE LOPES FERREIRA

Dt. Nasc.: 10/06/84 - 35 ano (s)

Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA

Endereço: R MUNIZ SILVA, nº 25, IBURA. RECIFE - PE

Data/hora: 17/10/2019 - 07:23

Nº registro: 253106

Sexo: Masculino

Fone: 81985810015

Nº pág.: 3/3

45. Outro fator relacionado ao acidente:

1. ☐ Buraco na via | 2. ☐ Ausência de sinalização na via | 3. ☐ Travessia de pedestre fora da faixa | 4. ☐ Desvio de animal na pista | 5. ☐ Pedestre alcoolizado | 6. ☒ (S) Outro fator | 7. ☐ Nenhum outro fator

46. Evolução em 48 horas do atendimento de serviço:

1. ☐ Alta | 2. ☐ Encaminhamento ambulatorial | 3. ☐ Internação hospitalar | 4. ☐ Transferência p/ outra unidade de saúde | 5. ☐ Evasão/Fuga | 6. ☐ Óbito | 88. ☐ Não se aplica

49. Observações:

Dr.ª PRISCILLA DA COSTA SANTOS FARIAS
COREN: 281452

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PRISCILLA DA COSTA SANTOS FARIAS. Data e Hora: 29/10/2019 21:21:08.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4616



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
JOVANE LOPES FERREIRA

Sexo:
MASCULINO

CNS:
203108468320001

Mãe:
ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA

Endereço:

- ATE 586/587 VINTE DE JANEIRO, N.º 251 - BAIRRO: BOA VIAGEM - CIDADE:
RECIFE - UF: PE

Idade:
35 Anos 4 Meses 21 Dias

Nasc.
10/06/1984

Contatos:
81. 88176448 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/10/2019 10:01

Prontuário: 901275

Nº. Atendimento: 3391196

Serviço: CIRURGIA GERAL

Enfermaria/Leito:

Médico:

RODRIGO CONRADO DE LORENA
MEDEIROS

Admissão

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO HÁ 4H E 30 MIN POR DESEQUILÍBRIO.

História Clínica

QUEDA DE MOTO HÁ 4H E 30MIN POR DESEQUILÍBRIO. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA APÓS A QUEDA, NEGA VÔMITOS.
NEGA COMORBIDADES. DOR EM HTE E OMBRO ESQUERDO.

Exame Físico

EGREGULAR, CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO,
ECG: 15, PUPILAS FOTOREGAENTES.
ACV: RCR EM 2T BNF S/S. FC: 100BPM
AR: VIAS AÉREAS PERVIAS, SEM SINAIS DE OBSTRUÇÃO, MV+ EM AHT S/RA. SO2: 98%.
ABD: SEMIGLOBOSO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO.

Observações

HD: 1. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

RX COM FRATURA DE 3º E 4º ARCOS COSTAIS E CLAVÍCULA A ESQUERDA.

Conduta

1. SOLICITO TC SIMPLES DE CRÂNIO.
2. ALTA DA CG.
3. ENCAMINHO A ORTOPEDIA.

RODRIGO CONRADO DE LORENA MEDEIROS - CRM: Nº. 27393

Data/Hora: 17/10/2019 - 11:00

31/10/19
[Assinatura]

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 3391196 Prontuário: 901275 SAME: 901275 Hora Atend: 10:01 Data Atend: 17/10/2019
Paciente.....: JOVANE LOPES FERREIRA
Endereço.....: - ATE 586/587 VINTE DE JANEIRO
Bairro.....: BOA VIAGEM
Cidade.....: RECIFE
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Médico(a)/CRM.....: RODRIGO CONRADO DE LORENA MEDEIROS / 27393 UF.: PE CEP: 51030160
CID Principal: - Plano...: PLANO UNICO
CID's Secundários ..:
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída.....: 23/10/2019

Hora Saída : 11:06

Prestador da Evolução Médica: Dr(a): RODRIGO CONRADO DE LORENA MEDEIROS - CRM: 27393

Dr(a): RODRIGO CONRADO DE LORENA MEDEIROS - CRM: 27393
CIRURGIA GERAL

Atendimento: 328117 Entrada: 22/10/2019 Hora: 13:31
Plano: SUS - DEMANDA
Responsavel:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Saída: 29/10/2019 Hora: 23:15
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 707100378237420

Paciente: 1625942 JOVANE LOPES FERREIRA
Nascimento: 10/06/1984 * (35 Anos e 4 Meses)
Endereco: RUA MUNIZ SILVA
Bairro: IBURA C.E.P.: 51230-460
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: LUIZ LOPES FERREIRA FILHO
Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 05215354413
Identidade: 6460311 - SDS - PE
Telefone: / 985810015
G.Instrução:
Ocupação: MOTO FRENTISTA
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/10/2019 - 16:08

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

DOR EM OMBRO E EM HEMITORAX ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO HÁ 5 DIAS
ALERGIA -

Exame físico:

DOR EM HEMITORAX ESQUERDO E EM TOPOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

FRATURA DE ARCOS COSTAIS

Prescrição/Conduta: RX COM FRATURA DE CLAVICULA DESVIADA

CD: INTERNAMENTO PARA CIRURGIA

AUTORIZADO POR PABLO QUE ENTROU EM CONTATO COM ADRIANA

Horario/Checkagem

01 -	TIPOIA	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial
S.A.S.
Serviço de Arquivo e Documentação
Fone: (81) 3500-2110
Av. Clóvis Champagnon, 100 - Recife

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 31/10/2019 15:19

Atendimento: 328117 Entrada: 22/10/2019 Hora: 13:31
Plano: SUS - DEMANDA
Responsavel:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Saida: 29/10/2019 Hora: 23:15
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 707100378237420

Paciente: 1625942 JOVANE LOPES FERREIRA
Nascimento: 10/06/1984 (35 Anos e 4 Meses)
Endereco: RUA MUNIZ SILVA
Bairro: IBURA C.E.P.: 51230-460
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: LUIZ LOPES FERREIRA FILHO
Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 05215354413
Identidade: 6460311 - SDS - PE
Telefone: / 985810015
G.Instrução:
Ocupação: MOTO FRENTISTA
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 29/10/2019 - 10:32

AVALIAÇÃO (Dr. FAGNER ALEIXO SALVADOR CRM 17188)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: DEMANDA
DATA DA ADMISSÃO: 22/10/2019
DATA DA ALTA: 29/10/2019

HD:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO
Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:
EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Hospital Memorial
Rua
Centro da Arquipa
Fone: (81) 35
Av. Cícero Campos, 100 - J. 100

R136 - Ficha de Cirurgia

Atendimento: 328117

Aviso: 25629

RG.: 6460311

Paciente: 1625942 JOVANE LOPES FERREIRA

CPF.: 05215354413

Idade: 35 Anos e 4 Meses

Telefone: 985810015

Enfermaria: ENFERMARIA 06

Plano: SUS - DEMANDA

Acomodação: LEITO 01

Previsto Data: 28/10/2019 Início: 06:30 Duração: 00:30

Diagnóstico Pré-Operatório

S420 - FRAT DA CLAVICULA

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA CLAVICULA

Data: 28/10/2019 Início: 14:20 Fim: 14:50

Anestesia:

BPB E SEDAÇÃO

Início: 14:15 Fim: 15:00

Equipe Cirúrgica:

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Anestesista: PABLO GOMES PINHEIRO

1º Auxiliar: _____

Aux Anest: _____

2º Auxiliar: _____

Consultor: _____

3º Auxiliar: _____

Perfusionista: _____

4º Auxiliar: _____

Pediatra: _____

Instrument.: _____

Intensivista: _____

Diagnóstico Pós-Operatório

S623 - FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO

Descrição

1. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA
2. NEUROLISE DE NERVO SUPRACLAVICULAR
3. TENOPLASTIA DE DELTOIDE
4. OSTEOSINTESE DE FRATURA METACARPIANO

- 1- PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISÃO EM REGIAO CLAVICULAR ESQUERDA
- 4- DIVULSÃO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA COM NEUROLISE DE NERVOS SUPRACLAVICULARES
- 5- REDUÇÃO CRUENTA MELHOR POSSIVEL + FIXAÇÃO DE FRATURA COM 1 PARAFUSO INTERFRAGMENTARIO E PLACA DE RECONSTRUÇÃO + 6 PARAFUSOS SOB VISUALIZAÇÃO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- " APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- " MANOBRA DE REDUÇÃO INCRUENTA E APOSIÇÃO DE 2 FIOS K CRUZADOS
- " LAVAGEM COM SF 0,9%
- " CURATIVO OCLUSIVO
- " USADA FLUOROSCOPIA
- " RETIRADA DE GARROTE
- " TALA LUVIA TIPO GARRAFA

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico _____

Hospital Armindo Moura

Serviço de Arquivo

Fone: (01) 3111-1111

Av. Celso Garcia, 1000

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: JOVANE LOPES FERREIRA Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

74

NÍMFSULIN 100g - 01 ex
FOMAR 01 comp
V.D. 12/12/14 S/N

Difil KONA 1g — 01 ex
FOMAR 01 comp
V.D. 6/6/14 S/N

Data: 12/10/14

Médico: CRM

075-HOF

LUIS HENRIQUE P. BAUDEL
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 9024 - TEOT 8932

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Atestado
Atesto que o
paciente JOVANE LOPEZ
FERREIRA necessita
falta de serviço
7 (sete) dias
M.Z.S.

Data: 17/10/19

Médico-CRM

LUIS HENRIQUE P. BAUDEL
Oncopediatria
CREMEPE 0028 - TEOT 8832



SUS

Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO

UNIC -
ARNALDO
INDUSTRIOS



PREFEITURA DO
RECIFE

Fone: (81) 3350-1670

Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____

Nome: Sevane Lopes Ferraz

Registro Nº 100139

Cartão SUS Nº

05

8

uso oral

10/19
C19

✓ Amoxicilina 500mg. — 30 CP
tomar 03 caps. de 818 horas
por 10 dias

✓ Ibuprofeno 600mg — 10 CP
tomar 01 cap. de 818 horas por
03 dias

Dr. Diana L. de Brito
Cirurgia - Dentista
C.R.O. - 4270

10-2019

Data: 1/1/

Assinatura - Conselho nº

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
ARTESANAL TUBO AEROTRÁFICO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1928475744

PROIBIDO PLASTIFICAR
1928475744

NOME
JOVANE LOPES FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6460311 SDS PE

CPF
052.153.544-13

DATA NASCIMENTO
10/06/1984

FILIAÇÃO
**LUIS LOPES FERREIRA FI
LBO
ROSILENE DA CONCEICAO
FERREIRA**

PERMISSÃO
CONCESSIONARIA

ACC
2B

1º REGISTRO
02778316759

VALIDADE
31/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
12/03/2003

OBSERVAÇÕES

EAR

CHTY

Jovane Lopes Ferreira.

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
19/09/2019

Roberto Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

80610115112
PE094051565

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014958148554
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1061817712 EXERCÍCIO 2019

CARLOS EDUARDO DE ABEU E LIMA

RECIFE-PE

043.179.434-09

9C2KE1710FR613371

SACOLINA

2015 2015

22/192CL

1061817712

1061817712

06.11

SEM RESERVAÇÃO DE FORNE OBRIGATORIO

RECIFE-PE

09/10/19

Roberto Carlos Moreira Foddeles

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014958148554 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CARLOS EDUARDO DE ABEU E LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE

043.179.434-09

1061817712

2015 09

9C2KE1710FR613371

HONDA/PCX 150

4.05

4.15

4.01

0.32

84.58

12/09/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

DIRTOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190709825 Vítima: JOVANE LOPES FERREIRA

Data do Acidente: 17/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOVANE LOPES FERREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Roberto
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA Anderson Lucas da
Alcântara Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13/12/19
NOME Or
ASSINATURA Reniane

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	130.10.2019
DATA	04.11.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **JOVANE LOPES FERREIRA**, portador do Documento de Identidade nº **6460311** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **052.153.544-13**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-695606**, que no dia 17 de outubro de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 06h30, na Rua Emílio Monteiro Fonseca, imediações a Escola Municipal Vila Operária, no bairro Ibura de Baixo, Recife/PE, sendo conduzido para a UPA Ibura e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Geral Otávio de Freitas. Recife, 04 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709825

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOVANE LOPES FERREIRA

Data do acidente: 17/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO 3º E 4º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 10.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709825

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOVANE LOPES FERREIRA

Data do acidente: 17/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO 3º E 4º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 10.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:	
Nome: <u>Jovane Lopes Ferreira</u>	
Nacionalidade: <u>brasileiro</u>	Est. Civil: <u>Solteiro</u>
Profissão: <u>motorista</u>	
Identidade: <u>6460311</u>	CPF: <u>062-153-544-13</u>
Endereço: <u>Rua Muniz Silva Nº 25</u>	
Cobertura: <u>Invalidez</u>	Data do Acidente: <u>17-10-2019</u>

PROCURADOR:	
Nome: <u>ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR</u>	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Est. Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Profissão: <u>AUX. ADMINISTRATIVO</u>	
Identidade: <u>8.171.555 SDS/PE</u>	CPF: <u>704.252.874-32</u>
Endereço: <u>RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE</u>	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Recife, 14 de novembro de 2019
Local e data



Jovane Lopes Ferreira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO PORTA LARGA
REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO

Rua Professor Paes Leme, n. 54, Prazinho
Jaboatão dos Guararapes - PE
CEP: 54335-065 - Fone: (81) 3461-1048

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
JOVANE LOPES FERREIRA
Jaboatão dos Guararapes, 20 de novembro de 2019 12:16:55
Em test. 2 de verdade. Dou fé.
JOSÉ DORIVAL BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
Válido somente com o Selo: 0077180.XUK11201901.01140
Emol: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91

Consulte a Autenticidade em www.tjpe.jus.br/sistema/autenticidade

Cartório Registro Civil
2º Distrito de Jaboatão
José Dorival Bezerra Cavalcanti

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459856/19

Número do Sinistro: 3190709825

Vítima: JOVANE LOPES FERREIRA

Data do acidente: 17/10/2019

CPF: 052.153.544-13

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOVANE LOPES FERREIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOVANE LOPES FERREIRA : 052.153.544-13

Autorização de pagamento

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459856/19

Vítima: JOVANE LOPES FERREIRA

CPF: 052.153.544-13

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOVANE LOPES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

JOVANE LOPES FERREIRA : 052.153.544-13

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: 18/12/2019
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709825

Vítima: JOVANE LOPES FERREIRA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOVANE LOPES FERREIRA

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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709825

Vítima: JOVANE LOPES FERREIRA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOVANE LOPES FERREIRA

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 completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOVANE LOPES FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003015

Conta: 000000047359-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 ASL: 3 - CPF da vítima: 052.153.544-13 4 - Nome completo da vítima: Jovane Lopes Ferreira

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

5 - Nome completo: Jovane Lopes Ferreira 6 - CPF: 052.153.544-13
7 - Profissão: Recusa 8 - Endereço: Rua Muniz Silva 9 - Número: 25 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Ibura 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51230-460
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): (81) 9 8801-5010

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: 3015 CONTA: 00017359 8
(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 (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) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vel nascido)? ☐ 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 alfabetizado

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, Recife, 12 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190709825

3 - CPF da vítima:

052.153.544-13

4 - Nome completo da vítima:

Jovane Lopes Ferreira

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

5 - Nome completo:

Jovane Lopes Ferreira

6 - CPF:

052.153.544-13

7 - Profissão:

Recusa

8 - Endereço:

Rua Muniz Silva

9 - Número:

25

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ituna

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51230-460

15 - E-mail:

-

16 - Tel. (DDD):

(81) 98803-5050

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3015

CONTA:

00047359

8

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 INVALEZ 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)

☐ Divorciado

☐ 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:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 alfabetizado

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, Recife, 13 de Janeiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTOATENDIMENTO - AG ENCRUZILHADA
DATA: 13/01/2020
TERMINAL: 00481050

HORA: 16:08:50
CONTROLE: 004810500447

AGENCIA: 3015 - PRAZERES
CONTA : 013.00047359-8
CLIENTE: JOVANE L FERREIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUANÇA POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA
02/01

VALOR
0,80C

RESUMO EM 10/01
SALDO

0,80

RESUMO DO DIA
SALDO COM LIMITE
SALDO BLOQUEADO
SALDO TOTAL

0,80C
2,30
0,80C

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"



Secretaria de Defesa Social
Polícia Civil de Pernambuco
1ª USPC - 8ª Circunscrição Pernambuco
Jordão
Rua Profª Arcelina Amara, nº 46
Jordão Baixo - Recife-PE
Fone/Fax: (81) 3164-3460 / 3163-3461
CEP: 51.250-220

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 008ª CIRCUNSCRIÇÃO - JORDÃO - DP8ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0098001843**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/11/2019** às **12:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/10/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA EMILIO MONTEIRO FONSECA, 1 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOVANE LOPES FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOVANE LOPES FERREIRA

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

JOVANE LOPES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSILENE DA CONCEIÇÃO FERREIRA Pai: LUIZ LOPES FERREIRA FILHO Data de Nascimento: 10/6/1984 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6460311/SDS/PE (RG), 05215354413 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 81985810015

Endereço Residencial: **RUA MUNIZ SILVA, 25 - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOVANE LOPES FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX DELUXE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Placa: **PDP4139 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA DECLARA QUE NO DIA 17/11/2019, POR VOLTA DAS 06:20 HORAS, QUANDO TRAFEGAVA NO SENTIDO JORDÃO BAIXO, COM A SUA MOTOCICLETA, NA AV. EMILIO MONTEIRO FONSECA, NAS IMEDIAÇÕES DA ESOLA MUNICIPAL VILA OPERÁRIA, NO BAIRRO DO IBURA - RECIFE - PE, ALEGA O DECLARANTE QUE DESEQUILIBROU O VEÍCULO MENCIONADO E CAIU NO CHÃO DA AVENIDA COM A SUA MOTOCICLETA. ADIANTA A VÍTIMA QUE SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, CONFORME DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO/PREFEITURA DO RECIFE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, NÚMERO 130.10.2019, DATADA DE 04/11/2019, ASSINADO PELO DR. SERGIO PARENTE COSTA. SEGUNDO O DECLARANTE FOI ENCAMINHADO PARA UPA DA LAGOA ENCANTADA/IBURA/RECIFE/PE NÚMERO DE REGISTRO 253106, DATADO DE 17/10/2019, ASSINADO PELA DRA. PRISCILLA DA COSTA SANTOS FARIAS E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, ATENDIMENTO Nº3391196, PRONTUÁRIO 901275, DATADO 17/10/2019, ASSINADO PELO DR. RODRIGO CONRADO DE LORENA MEDEIROS, CRM 27393. SEGUNDO A VÍTIMA RECEBEU ALTA NO MESMO DIA DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS E RETORNANDO PARA OUTRO HOSPITAL ARMINDO MOURA/MORENO/PE, NO DIA 22/10/2019 E COM A SAÍDA 29/10/2019, ATENDIMENTO 328117/EMISSION 31/10/2019, COM CARIMBO HOSPITAL MEMORIAL MOURA/SAME/SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICA/FONE(81)3535-2013/AV. CLETO CAMPELO, S/N-MORENO-PE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

14/11/2019

Boletim de Ocorrência

JOVANE LOPES FERREIRA
(VITIMA)

Jovane Lopes Ferreira

B.O. registrado por: **ABIMAEI PEREIRA MARQUES** - Matrícula: **3809684**

[Assinatura]

Secretaria de Defesa Social
Polícia Civil de Pernambuco
3ª USPC - 3ª Circunscrição Permanência
Jardão
Rua Protº Arcelino Câmara, nº 45
Jardão Baixo - Recife-PE
Fone/Fax: (81) 3184-3460 / 3183-3461
CEP: 51.250-220

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: 052.153.544-13 4 - Nome completo da vítima: Jovane Lopes Ferreira

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

5 - Nome completo: Jovane Lopes Ferreira 6 - CPF: 052.153.544-13
7 - Profissão: Recusa 8 - Endereço: Rua Muniz Silva 9 - Número: 25 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Ibura 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51230-460
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): (81) 9 8801-5010

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: 3015 CONTA: 00017359 8
(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 (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) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vel nascido)? ☐ 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 alfabetizado

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: _____

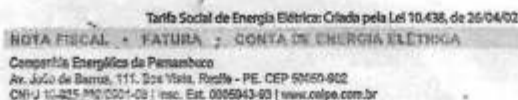
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 12 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MUNIZ SILVA 25

IBURARECIFE
RECIFE PE
51230-460

CONTA CONTRASTO

1317503012

1317503012 08/2019

DATA CC BY-NC-ND 4.0

06/09/2019 23/09/2019

54-55

ESTRUTURA DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo (Wh)	98,5300000	0,77545172	74,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,46
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,17
Contrib. Ann. Pública Municipal			12,15
ICMS Subvenção-CDIE-NF 067220662-22/06/19			0,64
Multa por atraso-NF 067220662-22/06/19			1,43
Juros por atraso-NF 067220662-22/06/19			0,69
Atualização IPI-NF 067220662-22/06/19			0,78

TOTAL DA FATURA

27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONDIÇÃO GERAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
115-264	100	20/07/2019	100000	20/07/2019	100000	30	0		OK

METHOD OF CONSUMPTION

INFORMATION DE L'ÉTUDE

cheaper and no cost

[illegible]

www.elsevier.com/locate/jmb

Para o primeiro teste, os pesquisadores selecionaram 25 homens e 25 mulheres saudáveis, com idade entre 20 e 30 anos, e os dividiram em dois grupos: "grupo controle" e "grupo de intervenção". O grupo controle recebeu apenas o placebo, enquanto o grupo de intervenção recebeu o placebo e o treinamento de respiração. Ambos os grupos foram submetidos a um teste de esforço físico, e os resultados foram comparados. Os pesquisadores descobriram que o grupo de intervenção teve uma melhoria significativa na capacidade de respiração e na resistência física em comparação com o grupo controle.

ESTRUCIÇÃO A COLHEITA DE FRUTAS QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADEPTO

doi:10.1017/S0022292400002893

[illegible]

Small sample sizes ($n \leq 10$) are often used in the analysis of categorical data. In such cases, the chi-square test may not be appropriate, and alternative tests such as Fisher's exact test or the binomial test should be considered.

[illegible]

Distribuição de frequência das respostas					Resumo		
CONCEITO	VALOR ATRIBUÍDO	FAIXA	FAIXA	FAIXA	FAIXA	FAIXA	FAIXA
BOA	100%						
OK	80%						
OK	60%						
OK	40%						
OK	20%						



MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA Oi.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA Oi
401737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$):
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039996 00000 000000000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85



OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS
CPF: 089.767.064-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754419
NÚMERO DA FATURA: 219159434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jovane Lopes Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.153.544 / 13

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Jovane Lopes Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.153.544 / 13, 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>Rua Dr Adelinio Filho</u>	Número: <u>408</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro: <u>Estância</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>-</u>	CEP: <u>50781-025</u>	
		Tel.(DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 12 de dezembro de 2019.

Anderson Lucena de Oliveira Junior
Assinatura do Declarante