



Número: **0027747-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

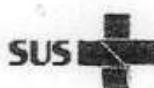
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOVANE LOPES FERREIRA (AUTOR)	DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO (ADVOGADO) CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66403 083	17/08/2020 10:10	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



**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

**SENHA:** BS002

29/10/2019 - PRISCILLA FARIA

**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.<sup>a</sup> PRISCILLA DA COSTA SANTOS FARIA**  
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 FARIA. Data e Hora: 29/10/2019 21:21:04.

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

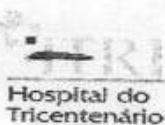


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 1



**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IBURA



**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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 2



**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 Sentinel: 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 3. () Amarela 5. () Indígena  
2. () Preta 4. (X) Parda 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 FARIA. 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





**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IBURA



**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 sentinelas:

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

21. Condicionamento da vítima ao chegar na unidade sentinelas:

1. (X) Consciente | 2. () Inconsciente | 3. () Morto | 99. () Ignorado

22. e 23. Data/Hora do acidente: 17/10/2019 06:15 | 24. Zona de Ocorrência: 1. (X) 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. (X) 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. (X) 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. (X) 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. (X) 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. (X) Não se aplica

#### FATORES RELACIONADOS AO ACIDENTE

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

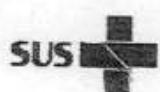
40. Uso de capacete pela vítima: SIM | 41. Uso de cinto de segurança/Equipamento de retenção pela vítima: IGNORADO

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 FARIA. 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





**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IBURA



**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.<sup>a</sup> 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 5



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOVANE LOPES FERREIRA Idade: 35 Anos 4 Meses 21 Dias Nasc. 10/06/1984  
Sexo: MASCULINO CNS: 203108468320001 Contatos: 81. 88176448 | Celular: 81.  
Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA  
Endereço: RUA 586/587 VINTE DE JANEIRO , N.º 251 - BAIRRO: BOA VIAGEM - CIDADE: RECIFE - UF: PE

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 HTÉ E OMBRO ESQUERDO.

### — Exame Físico

EGREGULAR, CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, ECG:15, PUPILAS FOTOREGAENTES, ACV:RCR EM 2T BNP S/S, FC:100BPM AR: VIAS AÉREAS PERVIAS, SEM SINAIS DE OBSTRUÇÃO, MV+ EM AHT S/RA, SO2:98%. ABD: SEMIGLOBOSO, DEPRESSIVEL, 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: NC.27393

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

31/10/19  
XLC

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0001-70  
RUA Andrade Góis, 426 - Centro - Recife - PE - 50010-000



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 3391196 Prontuário: 901275 SAME: 901275 Hora Atend: 10:01 Data Atend: 17/10/2019  
Paciente.....: JOVANE LOPES FERREIRA Idade: 35 a  
Endereço.....: - ATE 586/587 Vinte de JANEIRO  
Bairro.....: BOA VIAGEM  
Cidade.....: RECIFE  
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO UF.: PE CEP: 51030160  
Médico(a)/CRM.....: RODRIGO CONRADO DE LORENA MEDEIROS / 27393 Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal .....: -  
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

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletronico do Paciente**

Emissão: 31/10/2019 15:18

Atendimento: 328117 Entrada: 22/10/2019 Hora: 13:31 Saída: 29/10/2019 Hora: 23:15  
Plano: SUS - DEMANDA Matrícula:  
Responsável:  
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA C.N.S.: 707100378237420

Paciente: 1625942 JOVANE LOPES FERREIRA Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Nascimento: 10/06/1984 (35 Anos e 4 Meses) Estado Civil: SOLTEIRO  
Endereço: RUA MUNIZ SILVA C.P.F.: 05215354413  
Bairro: IBURA C.E.P.: 51230-460 Identidade: 6460311 - SDS - PE  
Cidade: 2611606 RECIFE Telefone: / 985810015  
Pai: LUIZ LOPES FERREIRA FILHO G.Instrução:  
Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA Ocupação: MOTO FRENTISTA  
Nacionalidade: BRASIL 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/Checagem

01 -	TIPOIA	
02 -		
03 -		
04 -		

**Reavaliação:**

**Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:**

Hospital Memori  
S/ALI  
Serviço de Arquivo  
Fone:(81) 35 0-2-119  
Av. Doutor Claudio Coutinho, 1000 - Centro  
Ceará - Brasil

**Página 1 de 1**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 8

**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletronico do Paciente**

**Emissão: 31/10/2019 15:19**

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

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

Paciente: 1625942 JOVANE LOPES FERREIRA  
Nascimento: 10/06/1984 (35 Anos e 4 Meses)  
Endereço: 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 Municipal  
Centro de Arapiraca  
Fone:(81) 35  
www.cmu.arapiraca.maceio.pe.br

**Página 1 de 1**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 9

**R136 - Ficha de Cirurgia**

CTI - Informática  
Data: 31/10/2019  
Página: 1 15:20

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	Inicio: 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 Inicio: 14:20 Firm: 14:50

Anestesia:

BPB E SEDAÇÃO

Início: 14:15 Firm: 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. OSTEOSINTSE DE FRATURA METACARPIANO

1- PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

3- INCISÃO EM REGIAO CLAVICULAR ESQUERDA

4- DIVULSAO POR PLANOS ATÉ 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 LUVA TIPO GARRAFA

**Intercorrências / Observações**


---



---



---



---

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

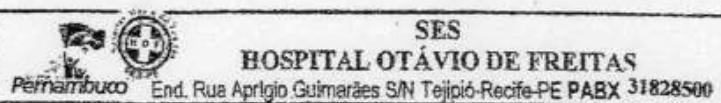
Hospital Manoel

Centro de Atendime

Fone: (31) 3

/4.0111/0000





## RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: JUANNE LIMA FERREIRA Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

74

Niressulina 500g - 01 ex  
Tomar 01 copo

VP 12/12/2015 S/N

Diflornad 2g — 01 p.

Tomar 01 copo

VP 06/06/2015 S/N

Data:

075-HOF

Médico-CRM

LOUZ HENRIQUE P. BAUDELL  
Ortopedista/Tranumatologista  
CREMEPE 9028 - TEOT 8932





## RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

Clinica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

Até sexta  
Aviso que o  
paciente JOVANÉ Lopes  
Ferreira necessita  
diárias do servico  
7 (sete) dia  
Mzs. S.

Data: 17/10/19

075-HOF

Médico-CRM

LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL  
Ortopedista-Transtornos  
CREMEPE 3028 - TOT 3032





Secretaria de Saúde do Recife

# RECEITUÁRIO

POSTO DE SAÚDE  
RECIFE



PREFEITURA DO  
**RECIFE**

Av. Bernardo de Melo, 1000  
CEP 54010-200  
Fone: (81) 3511-1612

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Nome: Silvana Lopes Ferreira

Registro Nº

100139

Cartão SUS Nº

001

uso oral 10/19

✓ Domicílio social — 3628  
tarifas os cens. de 8,18 reais  
(ou 10 dcs)

✓ abrigue 60cys — 10/19  
tarifas os cens. de 8,18 reais por  
os dcs

*Fábio Diana L. Leite* 10-2019  
Cirurgião-Dentista  
C.R.O. - 4296

Data: 1/1/2020

Assinatura - Conselho nº





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 14

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA**

DENATRAN

DETTRAN PE  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 COD. REINMAM: 106181710E72  
 PISMO: 2019

1 CARLOS EDUARDO DE ABREU E LIMA  
 CARLOS EDUARDO DE ABREU E LIMA

RECIFEE

043-179-434-09	PO-4139
PEADANTUR	902KF1710E7213371
043-179-434-09	043-179-434-09
043-179-434-09	043-179-434-09

PAS. MOTONETA  
 MARCA/MODELO  
 HONDA / PLX 150

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

EXPLICAÇÃO  
 CATEGORIA  
 PARTIC  
 2P/132CL

DATA ÚNICA  
 IPIVA 2019 JULIADO  
 P  
 V  
 A  
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 320,00 13/09/19

RECIFEE-EE  
 EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 09/10/19  
 PISMO: FDP4139  
 VA: 043-179-434-09  
 REINMAM: 1061817773  
 MARCA/ MODELO: HONDA / PLX 150  
 N° CHASSI: 9C2KF1710E7213371

PRÉMIO TARIFÁRIO  
 DATA PAGAMENTO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
 25,05 4.01 40,06  
 4.15 0,32 84,50  
 0,32 PARCELA(DO) DATA DE PAGAMENTO  
 13/09/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
 CAPA 00.200.0001-04  
 RECIFEE-EE  
 DATA: 09/10/19  
 DESTAQUE: GUARDE O BILHETE DPVAT.  
 Roberto Carlos Melo Góes  
 N.R.F. NAO. N.P. PODEM OPERAR AUTOMÓVEIS  
 INTERDITADOS POR MULTAS E DIFERENTES DE COBERTURA.

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT.

PE Nº 014958148554 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
 CARLOS EDUARDO DE ABREU E LIMA

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

WWW.SEGURADORALEADER.COM.BR  
 SAC DPVAT 0800 022 1204



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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:

<b>Autorização de pagamento</b>	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

Pag. 01981/01982 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050991

Carta nº 15288792



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 16



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

VÍTIMA J. Souza Jóseph Furtado CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
 DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_\_)  
 E-MAIL \_\_\_\_\_

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 CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AITA 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)

## 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGUROTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA \_\_\_\_\_  
DATA 13/12/19  
NOME DraASSINATURA Antônio Yves Cordeiro de Mello Júnior \_\_\_\_\_  
ASSINATURA Roni Anne \_\_\_\_\_



PREFEITURA DO RECIFE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



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

Dr. Sérgio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 18

## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>

Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 20

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIARIO/VITIMA:**

Nome:	Jovane Lopes Ferreira	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	
Profissão:	MOTORISTA	
Identidade:	6460311	CPF: 062-153-544-13
Endereço:	RUA MUNIZ SIlva N° 25	
Cobertura:	invalidade	Data do Acidente: 17-10-2019

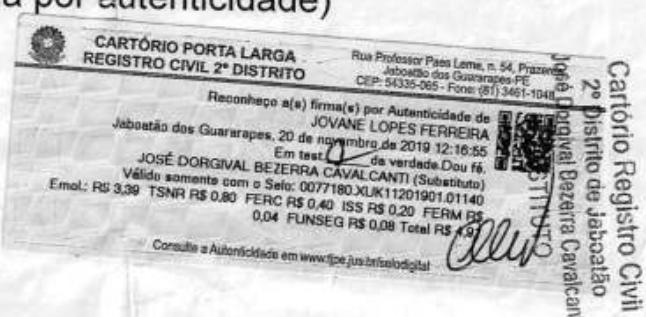
**PROCURADOR:**

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

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, Sinceres 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)



## 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](http://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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 22

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459856/19

**Vítima:** JOVANE LOPES FERREIRA

**CPF:** 052.153.544-13

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/10/2019

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**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](http://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: RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA  
CPF: 703.646.014-85

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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

Carta n° 15288793



B222 00537/00538 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Núm. 66403083 - Pág. 24



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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, retorno 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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  1052.153.544-13 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:	<input type="text"/> Jovane Lopes Ferreira		6 - CPF:	<input type="text"/> 052.153.544-13	
7 - Profissão:	<input type="text"/> Recusa	8 - Endereço:	<input type="text"/> Rua Muniz Silva		9 - Número: <input type="text"/> 25 10 - Complemento: <input type="text"/> -
11 - Bairro:	<input type="text"/> Ibura	12 - Cidade:	<input type="text"/> Recife		13 - Estado: <input type="text"/> PE 14 - CEP: <input type="text"/> 51230-460
15 - E-mail:	<input type="text"/> - 16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:  00017359 8  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  8  
 (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vôo nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

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

Jovane Lopes Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





# 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: **3190709825** 3 - CPF da vítima: **052.153.544-13** 4 - Nome completo da vítima: **Jovane Bópes 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 Bópes 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: **52230-460**  
 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 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 (varônscer)?  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):  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data, **Recife, 13 de fevereiro de 2020.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Jovane Bópes Ferreira.**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 28



Secretaria de Defesa Social  
Polícia Civil de Pernambuco  
1<sup>o</sup> USPC - 8<sup>a</sup> Circunscrição Pernambucana  
Jordão  
Rua Prefeito Arcanjo Amaro, nº 45  
Jordão Baixo - Recife/PE  
Fone/Fax: (81) 3164-3460 / 3163-3461  
CEP: 51.260-220

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 008<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - JORDÃO - DP8<sup>a</sup>CIRC DIM/3<sup>a</sup>DESEC

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 - Culposo (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 PÚBLICA**

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: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** 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 17/10/2019, POR VOLTA DAS 06:20 HORAS, QUANDO TRAFEGAVA NO SENTIDO JORDÃO BAIXO, COM A SUA MOTOCICLETA, NA AV. EMÍLIO MONTEIRO FONSECA, NAS IMEDIACOES DA ESOLA MUNICIPAL VILA OPERÁRIA, NO BAIRRO DO IBURA - RECIFE - PE. ALEGA O DECLARANTE QUE DESEQUILIBROU DO VEÍCULO MENCIONADO E CAIU NO CHÃO DA AVENIDA COM A SUA COM A SUA MOTOCICLETA. ADIANTA A VÍTIMA QUE SOFRU VÁRIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, CONFORME DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO/PREFEITURA DO RECIFE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA, 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 FARIA E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, ATENDIMENTO N°3391196, 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 ARMINO MOURA/MORENO/PE, NO DIA 22/10/2019 E COM A SAÍDA 29/10/2019, ATENDIMENTO 328117/EMISSÃO 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

**JOVANE LOPES FERREIRA**  
(VITIMA)

Boletim de Ocorrência

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

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
4º USPC - 9ª Circunscrição Permanência  
Jordão  
Rua Profº Arcelir R. Amara, nº 45  
Jordão Baixo - Jordão-PE  
Fone/Fax: (81) 3184-3400 / 3183-3481  
CEP: 51.250-220

leore/Policia Civil/ informi/xml/BOLFPreview.html

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 30



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  1052.153.544-13 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:	<input type="text"/> Jovane Lopes Ferreira		6 - CPF:	<input type="text"/> 052.153.544-13	
7 - Profissão:	<input type="text"/> Recusa	8 - Endereço:	<input type="text"/> Rua Muniz Silva		9 - Número: <input type="text"/> 25 10 - Complemento: <input type="text"/> -
11 - Bairro:	<input type="text"/> Ibiruna	12 - Cidade:	<input type="text"/> Recife		13 - Estado: <input type="text"/> PE 14 - CEP: <input type="text"/> 51230-460
15 - E-mail:	<input type="text"/> - 16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:  00017359 8  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  8  
 (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vôo nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

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

Jovane Lopes Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02  
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Pernambuco  
Av. Juiz de Barro, 111, Soc. Vista, Recife - PE. CEP 50060-902  
CNPJ 01.425.750/0001-08 | insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MAZONIES GOMES DA SILVA  
MCID61SP03

CPF 268 430 284-2

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	NÚMERO	DATA
07489874	UNICA	23/09/2019
AFFILIACAO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTA FISCAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MUNIZ SILVA 25

IBURARRECIFE  
RECIFE PE  
51230-460

CONTA CONTRATO	MÊS
1317503012	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	23/09/2019

30/08/2019

200125.0528

1317503012

04,65

VERBOSICAO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	98.5900000	0,77546172	74,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,48
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,17
Contrib. Itom Pública Municipal			12,15
ICMS Subvenção-CDE-INF 08722082-23/08/18			0,84
Multa por atraso-INF 08722082-21/08/19			1,43
Juros por atraso-INF 08722082-22/08/19			0,88
Abatizagao IMA-INF 08722082-22/08/19			0,78

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

24,65

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE CONTRIBUTO	ALISTE	CONSUMO (KWH)
07489874	UNICA	23/09/2019				

HISTÓRICO DE CONSUMO

IMPOSTAÇÕES DE IPI/ICMS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

MESANO ANO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO imposto	Cotação do Etanol	R\$	31,07%
AGO18 - 87	IONIS	78,48	18,00	14,87		
SET18 - 112	PIS	78,48	0,74	0,00		
DEZ18 - 97	COFINS	78,48	3,42	0,00		
JAN19 - 104						
FEB19 - 108						
MAR19 - 122						
ABR19 - 128						
MAY19 - 134						
JUN19 - 141						
JUL19 - 148						
AGO19 - 155						
SETEMBRO19 - 162						
OCT19 - 169						
NOV19 - 176						
DEZ19 - 184						
JAN20 - 191						
FEB20 - 198						
MAR20 - 205						
ABR20 - 212						
MAY20 - 218						
JUN20 - 225						
JUL20 - 232						
AGO20 - 239						
SETEMBRO20 - 246						
OCT20 - 253						
NOV20 - 260						
DEZ20 - 267						
JAN21 - 274						
FEB21 - 281						
MAR21 - 288						
ABR21 - 295						
MAY21 - 302						
JUN21 - 309						
JUL21 - 316						
AGO21 - 323						
SETEMBRO21 - 330						
OCT21 - 337						
NOV21 - 344						
DEZ21 - 351						
JAN22 - 358						
FEB22 - 365						
MAR22 - 372						
ABR22 - 379						
MAY22 - 386						
JUN22 - 393						
JUL22 - 400						
AGO22 - 407						
SETEMBRO22 - 414						
OCT22 - 421						
NOV22 - 428						
DEZ22 - 435						
JAN23 - 442						
FEB23 - 449						
MAR23 - 456						
ABR23 - 463						
MAY23 - 470						
JUN23 - 477						
JUL23 - 484						
AGO23 - 491						
SETEMBRO23 - 498						
OCT23 - 505						
NOV23 - 512						
DEZ23 - 519						
JAN24 - 526						
FEB24 - 533						
MAR24 - 540						
ABR24 - 547						
MAY24 - 554						
JUN24 - 561						
JUL24 - 568						
AGO24 - 575						
SETEMBRO24 - 582						
OCT24 - 589						
NOV24 - 596						
DEZ24 - 603						
JAN25 - 610						
FEB25 - 617						
MAR25 - 624						
ABR25 - 631						
MAY25 - 638						
JUN25 - 645						
JUL25 - 652						
AGO25 - 659						
SETEMBRO25 - 666						
OCT25 - 673						
NOV25 - 680						
DEZ25 - 687						
JAN26 - 694						
FEB26 - 701						
MAR26 - 708						
ABR26 - 715						
MAY26 - 722						
JUN26 - 729						
JUL26 - 736						
AGO26 - 743						
SETEMBRO26 - 750						
OCT26 - 757						
NOV26 - 764						
DEZ26 - 771						
JAN27 - 778						
FEB27 - 785						
MAR27 - 792						
ABR27 - 799						
MAY27 - 806						
JUN27 - 813						
JUL27 - 820						
AGO27 - 827						
SETEMBRO27 - 834						
OCT27 - 841						
NOV27 - 848						
DEZ27 - 855						
JAN28 - 862						
FEB28 - 869						
MAR28 - 876						
ABR28 - 883						
MAY28 - 890						
JUN28 - 897						
JUL28 - 904						
AGO28 - 911						
SETEMBRO28 - 918						
OCT28 - 925						
NOV28 - 932						
DEZ28 - 939						
JAN29 - 946						
FEB29 - 953						
MAR29 - 960						
ABR29 - 967						
MAY29 - 974						
JUN29 - 981						
JUL29 - 988						
AGO29 - 995						
SETEMBRO29 - 1002						
OCT29 - 1009						
NOV29 - 1016						
DEZ29 - 1023						
JAN30 - 1030						
FEB30 - 1037						
MAR30 - 1044						
ABR30 - 1051						
MAY30 - 1058						
JUN30 - 1065						
JUL30 - 1072						
AGO30 - 1079						
SETEMBRO30 - 1086						
OCT30 - 1093						
NOV30 - 1100						
DEZ30 - 1107						
JAN31 - 1114						
FEB31 - 1121						
MAR31 - 1128						
ABR31 - 1135						
MAY31 - 1142						
JUN31 - 1149						
JUL31 - 1156						
AGO31 - 1163						
SETEMBRO31 - 1170						
OCT31 - 1177						
NOV31 - 1184						
DEZ31 - 1191						
JAN32 - 1198						
FEB32 - 1205						
MAR32 - 1212						
ABR32 - 1219						
MAY32 - 1226						
JUN32 - 1233						
JUL32 - 1240						
AGO32 - 1247						
SETEMBRO32 - 1254						
OCT32 - 1261						
NOV32 - 1268						
DEZ32 - 1275						
JAN33 - 1282						
FEB33 - 1289						
MAR33 - 1296						
ABR33 - 1303						
MAY33 - 1310						
JUN33 - 1317						
JUL33 - 1324						
AGO33 - 1331						
SETEMBRO33 - 1338						
OCT33 - 1345						
NOV33 - 1352						
DEZ33 - 1359						
JAN34 - 1366						
FEB34 - 1373						
MAR34 - 1380						
ABR34 - 1387						
MAY34 - 1394						
JUN34 - 1401						
JUL34 - 1408						
AGO34 - 1415						
SETEMBRO34 - 1422						
OCT34 - 1429						
NOV34 - 1436						
DEZ34 - 1443						
JAN35 - 1450						



MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA CI.  
Acesse [www.ci.com.br/MinhaCI](http://www.ci.com.br/MinhaCI)

FATURA DE  
JUL/2019

CÓDIGO MINHA CI  
401737543654

VENCIMENTO  
02/08/2019

Emissão em 15/07/2019  
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R3)  
184,18

W w W w W w W w W w W w W w W w



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



7200039896 00000 0000000000 10 150719

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

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

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVICOS UTILIZADOS	
OI MAIS	119,85
 OI MÓVEL	59,70
+ Serviços Adicionais	

MARIO PEDRO DOS SANTOS  
CPF: 089.767.854-01  
NÚMERO DO CUENTA: 2210754413  
NÚMERO DA FATURA: 219159434  
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543554



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/08/2020 10:10:06  
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081710100649700000065146774>  
Número do documento: 20081710100649700000065146774

Num. 66403083 - Pág. 33



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Andreyen Ferreira de Oliveira Júnior

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Jovane Bentes 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:	Rua Dr Adelino Filho	Número:	408	Complemento:	-
Bairro:	Boa Vista	Cidade:	Recife	Estado:	PE CEP: 50781-025
E-mail:	-			Tel.(DDD):	(81) 98529-6651

Local e Data: Recife, 19 de dezembro de 2019.

Andreyen Ferreira de Oliveira Júnior  
Assinatura do Declarante

