



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
66403083	17/08/2020 10:10	ANEXO 1	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
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

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 21:21:04.

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 - 07:26

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



Nome: JOVANE LOPES FERREIRA **Nº registro:** 253106
Dt. Nasc.: 10/06/84 - 35 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA **Fone:** 81985810015
Endereço: R MUNIZ SILVA, nº 25, IBURA. RECIFE - PE
Data/hora: 17/10/2019 - 07:23 **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 3. ☐ Amarela 5. ☐ Indígena
 2. ☐ Preta 4. ☒ 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 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 **Nº registro:** 253106
Dt. Nasc.: 10/06/84 - 35 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: ROSILENE DA CONCEICAO FERREIRA **Fone:** 81985810015
Endereço: R MUNIZ SILVA, nº 25, IBURA. RECIFE - PE
Data/hora: 17/10/2019 - 07:23 **Nº pág.:** 2/3

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

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

21. Condição da vítima ao chegar na unidade sentinela:

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/Abaloamento | 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 FARIAS. Data e Hora: 29/10/2019 21:21:08.

Rua Vale do Itajaí, 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.: 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:

91. 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, EUPHEICO, 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, INDÓLOR 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]

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0001-70
Rua André de Gouveia, 100 - Boa Viagem - Recife - PE



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
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

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 31/10/2019 15:18

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

Saída: 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: 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

Horário/Checagem

01 -	TIPOIA	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial
S.A. 11
Serviço de Arquivo e Biblioteca
Fone: (81) 3510-2110
Av. Celso Campello, 100 - Muroto - PE

Página 1 de 1



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

Saída: 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)
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 Arqueologia
Fone: (011) 355-
Rua Cícero Campos, 100 - Jd. Marquês



R136 - Ficha de Cirurgia

Data: 31/10/2019

Página: 1 15:20

Atendimento: 328117

Aviso: 25629

Paciente: 1625942 JOVANE LOPES FERREIRA

RG.: 6460311

Idade: 35 Anos e 4 Meses

Telefone: 985810015

CPF.: 05215354413

Plano: SUS - DEMANDA

Enfermaria: ENFERMARIA 06

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: _____

Pediatria: _____

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 + ANTISSEPISIA + 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 LUVA TIPO GARRAFA

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico _____

Hospital Armindo Moura

Serviço de Análise

Fone: (81) 3111-1111

Av. Celso Costa, 1111



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: JOVANE LOPES FERREIRA Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

74

Nimesulida 100mg - 01 ex
Tomar 01 comp
vd 12/12h 5 dia

Difluprednol 0,5% - 01 ex
Tomar 01 comp
vd 6/6h 5 dia

Data: 12/10/19

Médico: CRM

075-HOF

LUIZ HENRIQUE P. BADEL
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 9024 - TEOT 8932



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

Atestado
Atesto que o
paciente JOVANE LOEL
FERRBIN necessita
dilênca do serviço
7 (sete) dias
MZS.S.

Data: 17/10/19

Médico-CRM

075-HOF

Luiz Henrique P. Baudel
LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL
Oncologista - Trepanologia
CREMEPE 0028 - TEOT 0032





Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____

Nome: Severina Lopes Ferreira

Registro Nº 100139 Cartão SUS Nº 001

8 uso oral 10/19
✓ Amoxicilina 500mg. — 30 cp
tomar 03 caps. de 818 horas
por 10 dias
✓ Abacavir 600mg — 10 cp
tomar 01 cap. de 818 horas por
03 dias

Serida Diana L. de Brito
Cirurgiã - Dentista
C.R.O. - 4279

10-2019

Data: ____/____/____

Assinatura - Conselho nº _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE RESENHA
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

VÁLIDA 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**

PERMISÃO
CONDICIONADA

REC
PERMANENTE

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02778016759

VALIDADEZ
31/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
12/03/2003

OBSERVAÇÕES
EAR
CHTF

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

80010115112
PE094851563

PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

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

VIA 1 1061817773 2019

CARLOS EDUARDO DE ABEU E LIMA

RECIFE-PE

043.179.434-09

9C2KF1710ER613371

PAS MOTONETA

HONDA/PCX 150

2E/132CL

1 18VA 2019 2U11AD0

1061817773

0320

13/09/19

SEM RESERVA DE FORT OBRIGATORIO

RECIFE-PE

09/10/19

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

1061817773

HONDA/PCX 150

2015

9C2KF1710ER613371

PRÊMIO TARIFARIO

3E 05

4.15

0.32

84.58

13/09/19

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

6102-101





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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:

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

Pag. 01981/01982 - carta_03 - INVALIDEZ

00050981



Carta nº 15288792



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Joana Lopes Ferreira
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARARENTESCO COM A VÍTIMA E _____
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 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 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 CONFIEMEM 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 SORRIDAS 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 CONFIEMEM 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13/12/19

NOME _____

ASSINATURA Eviane

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. Sergio 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



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



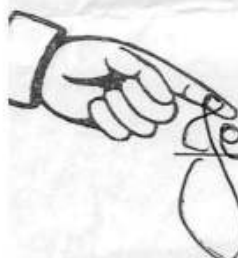
PROCURAÇÃO PARTICULAR

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>052-153-544-13</u>
Endereço: <u>Rua Muniz Silva N.º 25</u>	
Cobertura: <u>Invalida</u>	Data do Acidente: <u>17-10-2019</u>

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, 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 Passa Lima, 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. de verdade Dou fé.
JOSÉ DORIVAL BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
Válido somente com o Selo: 0077180.XUK11201901.01140
Emol: R\$ 3,38 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,90

Consulte a Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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

Carta nº 15288793

Pag. 00537/00538 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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: 4 - Nome completo da vítima:

052.153.544-13 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 (PAÍS, 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 nascturo (vel nascer)? ☐ 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)

FPS.001 V002/2019



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 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: Receita 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) 98801-5010

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: - 19 - Profissão do Representante Legal: -
18 - CPF 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: 00047359 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 (vai nascer)? ☐ 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, 13 de Janeiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

HORA: 16:00:50
CONTROLE: 004810500447

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

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANCA POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES 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 de Pernambuco
Jordão
Rua Profª Arcelina, 46, 5º andar, nº 46
Jordão Baixo - Recife-PE
Fone/Fax: (81) 3164-3440 / 3163-3481
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 (VÍTIMA)

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. EMÍLIO MONTEIRO FONSECA, NAS IMEDIAÇÕES 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 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 UPB 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 Nº 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 ARMINDO MOURA/MORENO/PE, NO DIA 22/10/2019 E COM A SAÍDA 29/10/2019, ATENDIMENTO 328117/EMIÇÃO 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]



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: 4 - Nome completo da vítima:

052.153.544-13 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 (PAÍS, 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)

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 nascturo (vel nasctur)? ☐ 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)

FPS.001 V002/2019





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



7200039896 00000 00000000000 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: 089.767.854-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754419
NÚMERO DA FATURA: 229159434
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/BIBLIOTECAWEB/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 Nº 9.613/98.

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

DLDR001 V001/2017

