



**Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**


**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

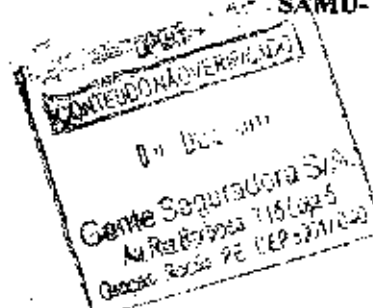
DA Nº: 1969.000  
EM: 03.10.17

Atendendo ao requerimento do Sr. **IVSON FELIX DE SIQUEIRA, RG:514333 – MEX/PE,CPF:032.782.374-71**, consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S 384912** do dia 23 de setembro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 22h 31min vítima de colisão moto e moto.O acidente aconteceu na Rua Kleber de Andrade nº S/N, próximo ao Martelinho de Ouro após o Bompreço de Candeias na 5ª rua – Candeias - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para a UPA da Imbiribeira.

Jaboatão dos Guararapes, 04 de Outubro de 2017.

Jose Samarone N. Lima  
Coord. Geral SAMU/PMJG  
COREN-PE 345.393-ENF  
**Jose Samarone N. Lima**  
Coord. Geral-Samu/PMJG.  
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.  
COREN-PE345. 393-ENF.

  
**Rosângela S. Azevedo**  
ADM. Matrícula: 132560  
SAMU- PMJG



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000143075-0

---

Nr. da Autenticação 603A5B96AF960624



União Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.416, de 26/04/02  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-000  
 CNPJ 10.885.037/0001-04 | Ins. Est. 003950-88 | www.celpe.com.br



# DADOS DO CLIENTE

NILSA SUIRES

ENTRADA DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS 173-A

CPF: 041.084.714-65 NIS: 129037484-51

VILA SOCIAL/PAZEFES  
 LABOATAD DOS GUARARAPES PE  
 54330-070

## CLASSIFICAÇÃO

HI RESIDENCIAL  
 RARARENDA LUMINIS  
 MONOFASE

7002892710

10/2017

DATA DE VENCIMENTO

18/10/2017

10/11/2017

DATA DE CANCELAMENTO

18/10/2017

10/11/2017

RECEITA

2010551729

6171591

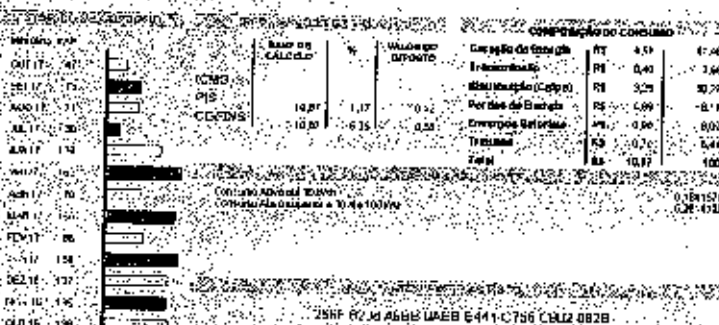
13.44

DESCRIÇÃO DA TENSÃO

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atual 30 kWh	0,17542654	5,26
Consumo Atual 30 kWh	0,30107978	6,11
Acrescimo Bandeira AMARELA		0,29
Acrescimo Bandeira VERMELHA		0,21
Contribuição Iluminação Pública		2,57

## TOTAL DA FATURA

TIPO DE FATURAMENTO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PREÇO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
PREPAGA	18/10/2017	7002892710	18/10/2017	7002892710	52	1,0000		47,00



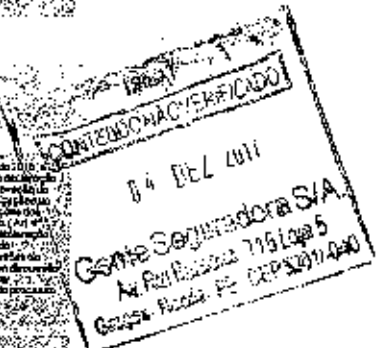
25HP R234 6555 0465 6441 C756 C112 0828

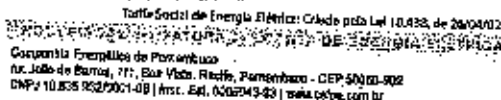
ATENÇÃO: A LERNA INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTADOR ELABORADO

TIPO DE TENSÃO	VALOR	PREÇO	VALOR	PREÇO
MONOFASE	0,00	6,07	13,15	21,20
BI-FASE	0,00	3,23	8,47	12,86
TRIFASE	0,00	2,88	1,00	0,00

DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7002892710	18/10/2017	13,44

8381000000-0 13440011007-6 00289271010-8 10414915943-8





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULTRIA  
RUA LORENA 50

WARDIM SWO F4117 RECIFE  
RECIFE PE  
90790-000

DATA CONTRATO	10/2017
NUMERO DE MOVIMENTO	08/11/2017
DATA PRECATORIO PROPOSTA LITIGADA	169,38
TOTAL A PAGAR (R\$)	

00058273	UNICA	68107017
APRESENTAÇÃO	PRODUTO	FEEDBACK
68107017	PRODUTO	FEEDBACK

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (MWh)			
Acrescimo Bandeira AMARELA	780,00000000	R\$ 0,142128	113,7
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,0
Contribuição Iluminação Pública			1,38
IGMS Subvenção-CDE-NF 000391199-07/07/17			23,04
IGMS Subvenção-CDE-NF 00044651-07/07/17			2,43
Multa por atraso-NF 000510388 - 06/09/17			1,26
Juros por atraso-NF 000510388 - 06/09/17			2,73
Atualização IGPM-NF 000510388 - 06/09/17			0,23
			0,11

●TÖTÄNDÄFÄTIN

NUM DO EXERCÍCIO	TIPO DA FUNDADA	DATA ANTECEDENTE	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	NUM DO DIÁRIO	CONSTANTE	AJUSTE	COMPRIM. (MM)
313546272	CAI	04-03-2017	898/00	05-10-2017	1 008/00	73	2.000,00		190,14

Miles per hour		Number of Salaries		%	Number of Occupants	Percentage of Occupants		
7-17	122					Over 60 and below 70	15	11.25
8-17	162	20-5	733.50	19.22	54.54	70 and above	14	10.45
9-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
10-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
11-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
12-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
13-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
14-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
15-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
16-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
17-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
18-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
19-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
20-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
21-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
22-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
23-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
24-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
25-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
26-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
27-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
28-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
29-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
30-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
31-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
32-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
33-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
34-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
35-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
36-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
37-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
38-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
39-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
40-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
41-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
42-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
43-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
44-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18
45-17	162	20-5	733.50	19.22	1.42	Below 60 and above 70	24	18.18

ACUT 0900 0510.00EE FEC-97098.1250 E

[illegible]

LÍMITES DE VARIACIÓN DE LOS PRECIOS DE LOS MATERIALES					LÍMITES DE VARIACIÓN DE LOS PRECIOS DE LOS SERVICIOS	
CATEGORÍA	VALOR APROXIMADO (MILLONES DE DÓLARES)	LÍMITES INFERIORES	LÍMITES SUPERIORES	LÍMITES INFERIORES	LÍMITES SUPERIORES	LÍMITES DE VARIACIÓN (%)
5-6	1,40	6,30	14,50	20,30		
7-10	0,00	1,20	6,40	12,60		
11-15	0,00	3,90	0,00	0,00		

CONTA CONTRATO	SEBARD	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4007531-25B	10/2017	17/10/2017	169,38

83880000001:1:69380011004:6 00753526610:0:09785557753:6



Comme mentionné au no 2000 :





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu AMARO MANOEL DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.968.034 / 20  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IVAN FELIX DE SIQUEIRA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 032.482.374 / 71, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
IVAN FELIX DE SIQUEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.482.374 / 71, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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.

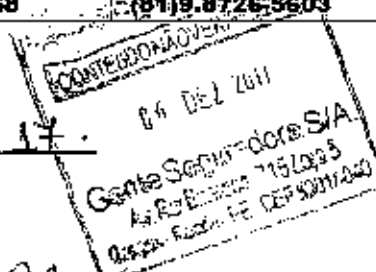
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

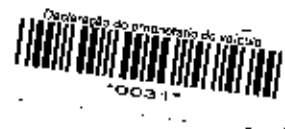
Endereço <b>RUA LORENA</b>		Número <b>50</b>	Complemento
Bairro <b>JARDIM SÃO PAULO</b>	Cidade <b>RECIFE</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>50790-030</b>
Email <b>LUIZOLIVEIRA177@GMAIL.COM</b>		Telefone comercial(DDD) <b>(81)9.8314-0368</b>	Telefone celular (DDD) <b>(81)9.8726-5603</b>

RECIFE 01 de DEZEMBRO de 17.

Local e Data

Assinatura do Declarante





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RHACDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS,  
RG nº 8.040.585, data de expedição 04/05/2006  
Órgão SDS, portador do CPF nº 100.865.514-77, com  
domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de  
PERNAMBULO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
6ª TRAVESSA 11 DE AGOSTO, nº 181,  
complemento RESIDÊNCIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima TUSON FELIX DE SIQUEIRA, cujo o condutor era  
TUSON FELIX DE SIQUEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN EX  
Modelo: HONDA TITAN 150 EX  
Ano: 2015  
Placa: PDO 2369  
Chassi: 9C2KC1650FR065905  
Data do Acidente: 23 DE SETEMBRO DE 2017  
Local e Data: 21 DE NOVENBRO DE 2017

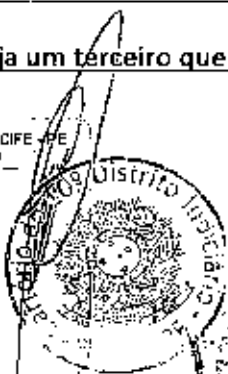


Rhacdney Silva de Araujo Ramos  
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE  
Rua Eng. de Lacerda, 229 - Jatiú - CEP: 50930-910 - Fone: (81) 3251.5130  
Reconhecido por Autenticidade e Fidedignidade de  
RHACDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS  
que confere c/ o padrão rec: deste Cartório. Dou fé.  
Recife, 21 de novembro de 2017. Em testemunho da verdade.  
Celiupe José Monteiro da Silveira (19 Sub)  
Enol: R\$ 3,98 - Taxa: R\$ 0,98 - Total: R\$ 4,96  
Válido somente com o CCB 00.7478.151/0001702.033597

Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/autenticidade](http://www.tjpe.jus.br/autenticidade)



Paciente: 0000208529 IVSON FELIX DE SIQUEIRA  
Nascimento: 07/03/1974 43 Anos 6 Meses 20 Dias Sexo:  
Atendimento: 01000676 Data Atendimento: 23/09/2017 23:12



**Queixa Principal / História**

COLISÃO MOTO X MOTO APÓS INGESTA ALCOOLICA, RELAT. DOR EM COTOVELO DIR, PÉ E JOELHO ESQ.  
NEGA TCE, EP EMETICO, PERDA DE CONSCIENCIA, DOR CERVICAL, PELVICA OU TORACICA.  
SEM ALERGIAS  
ESCORIAÇÕES DIVERSAS

**Antecedentes**

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

**Exame Físico**

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Aclanótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA  
OUTROS: .

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O2  
14



UPA IMBIRIBEIRA  
SALTO GUARACIANG DESSA CORA DO PONTÃO  
RECIFE-PE  
Dr. Marcelle Silveira  
Coordenadora de Saúde da Família

Aferições: PAS PAD FR FC TEMP SATO2 HGT

**Reavaliação Clínica:**

RX: FRATURA DO COLO DO RADIO DIR  
SEM BLOQUEIO DE PRONO-SUPINAÇÃO

CD: IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ENC AO AMBULATORIO

**Achado Radiológico:**

**Resultado de Exames (Laboratório e ECG):**

**Sinais de Alarme:**

Ausente

**Observações:**

**Sinais de Choque:**

Ausente

 **IPAS**  
UPA - IMBIRIBEIRA  
NATIMICO A VERACIDADE DESSA Cópia DO PROFISSIONARIO  
MEDICO ELETRONICO.  
  
Dr. Marcello Silveira  
Coordenadora Médica - CRM-PE 2.220

  
04 DEZ 2017  
Gente Segundora S/A  
Av. R. B. S. 115 Lapa 5  
Gente Segundora S/A



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 24/09/2017 01:42:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

RG: 514333

PESO:

IDADE: 43 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 07/03/1974

PRESTADOR ASSISTENTE: GILSON ALVES FALCÃO FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 23/09/2017 23:12:50

ATENDIMENTO: 1000676

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S521 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RADIO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: T008 - TRAUM SUPERF ENVOLV OUTR COMB REGIOES CORPO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S521 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RADIO

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPAS  
UPA - IMBIRIBEIRA  
RATIFICACAO A VERACIDADE DESSA COPIA DO PRONTUARIO  
MEDICO ELETRONICO

Dr. Marcello Silveira  
Coordenador Médico UPA 2.240

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) IVSON FELIX DE SIQUEIRA, que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000208529 e número de atendimento 01001717 apresentando diagnóstico FRATURA DO COLO DO RADIO DIR para AMBULATORIO DE ORTOPEDIA.

Observação:

OBS 1: MARCAR ATRAVÉS DO POSTO DE SAÚDE

OBS 2: SEM BLOQUEIO DE PRONO-SUPINAÇÃO

Recife, 26 de Setembro de 2017

Médico: GILSON ALVES FALCÃO FILHO

CRM: 20568

IPAS  
UPA - IMBIRIBEIRA  
RATÍSTICO A VERACIDADE DESSA COPIA DO PRONTUÁRIO  
MEDICINA ELETRÔNICA  
Dr. Marcello Silveira  
Coordenador Médico - UPA IMBIRIBEIRA

Médicos  
Todo Dia



Exames  
Laboratoriais



RECEITUÁRIO

Laudos Médicos



Paciente Insom Felix de Siqueira, 43 anos,  
e história de queda de moto e fratura do colo  
do rádio a direita, no dia 23/09/17. Radiogra-  
fia evidencia a fratura. Atualmente queixa-se  
de dor e déficit de força em cotovelo direito  
e desta forma, o paciente relata a dificuldade  
de fazer realizar suas atividades  
laborais

ciro: 552.1

16/01/18

Alexandre Lima  
Médico Ortopedista  
CRM: 21467

Médicos do Povo - Consultórios Médicos e Exames Laboratoriais.  
Endereço: Rua Santo Elias, Nº 292 - Loja A | Prazeres | Jaboatão dos Guararapes | PE.  
FONE: (81) 3377.9151



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA JUSTICA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

**IVSON FELIX DE SIQUEIRA**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**516333 MEX PE**

DTI  
**032.782.374-71**

DATA NASCIMENTO  
**07/03/1974**

PRECAO  
**ANTONIO DE SIQUEIRA**  
**JOSEFA MANOEL FELIX**

PERMISSAO  
**0000000000**

ACC  
**00000000**

CAT. MAG.  
**AM**

Nº REGISTRO  
**05806895635**

VALIDADE  
**23/08/2022**

1ª HABILITACAO  
**20/06/2013**

OBSERVACAO  
**SAR**



LOCAL  
**JABOATAO DOS GUARARAPES, PE**

DATA EMISSAO  
**24/08/2017**

  
Charles Anderson Costa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO USUARIO  
**PERNAMBUCO**

33482406779  
PE010555004

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL  
**1483194177**

PROIBICO REAFIXAR  
**1483194177**

CONTROLO VERIFICADO  
04 Dez 2017  
Gente Seguradora S/A  
Av. Pernambuco 715 Lapa 5  
Goiânia, Goiás, PE CEP 52011-240

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012711771654  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 105 348277 ANO FAB: 2015 EXERCÍCIO: 2016

NOME: RUI LUIZ E SILVA DE SOUZA JUNIOR

ESPÉCIE DE: SEDAN DE

PLACA: 845 114-77 PLACA: P02368

PLACA ANT. UF: DTE CHASSI: 845 114-77

ESPÉCIE DE: SEDAN DE COMBUSTÍVEL: ALCOOL

MARCA / MODELO: HONDA ACCORD EX ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

CAP. POT. / CIL: 2.0 150 CV CATEGORIA: B COR PREDOMINANTE: PRATA

COTA ÚNICA: 1.000,00 VENC. COTA ÚNICA: 1.000,00

FAIXA: 1.000,00 PARCELAMENTO: 1.000,00

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.000,00 PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/16

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.000,00 PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/16

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.000,00 PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/16

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.000,00 PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/16

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.000,00 PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/16

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.000,00 PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/16

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.000,00 PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/16

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIATURAS E TÁXI, COM OU SEM CARGA E PESSOAS  
TRANSPORTADAS, CUJAS - SEGURO DPVAT

PE Nº 012711771654 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
MARCENY SILVA DE ALVARO RAMOS

TRAVESSIA Nº 181 80761-487

ESTÉ É O SEU BILHETE PARA MAIS INFORMAÇÕES CONDIÇÕES GERAIS

www.dpvatseguro.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 27/04/16

VEICULO: 105 348277 PLACA: P02368

RENAVAM: 845 114-77 MARCA / MODELO: HONDA ACCORD EX

ANO FAB: 2015 CHASSI: 845 114-77

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00

PREMIO TOTAL (R\$): 1.000,00

DATA: 04 DE JUL 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rio de Janeiro 115 Lapa 5  
Cidade Nova de CEP 01140-000

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **IVSON FELIX DE SIQUEIRA** Sinistro: **3170647673** Data: **23/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Seis, 173 A - Cajueiro Seco - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54330-070**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ME** / **PE** ] **514333**

Data local do exame: [ **26/02/2018** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura proximal do rádio direito. Fratura do navicular esquerdo. . Vítima refere dor e perda de força em cotovelo direito, dor no pé esquerdo ao deambular. Ao exame, apresenta limitação da amplitude dos movimentos do cotovelo direito e limitação da dorsiflexão do pé esquerdo.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada para ambas as fraturas e tratamento fisioterápico.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do cotovelo direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Cotovelo direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):  
**Pé esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Dra. Ana Maria Barros Falcao  
CRM: 226.999.814-72  
CRM: 8878-PE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170647673 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVSON FELIX DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/09/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura proximal do rádio direito. Fratura do navicular esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima refere dor e perda de força em cotovelo direito, dor no pé esquerdo ao deambular. Ao exame, apresenta limitação da amplitude dos movimentos do cotovelo direito e limitação da dorsiflexão do pé esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada para ambas as fraturas e tratamento fisioterápico.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do cotovelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ana Maria Barros Falcao

**CRM do médico:** 8978

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

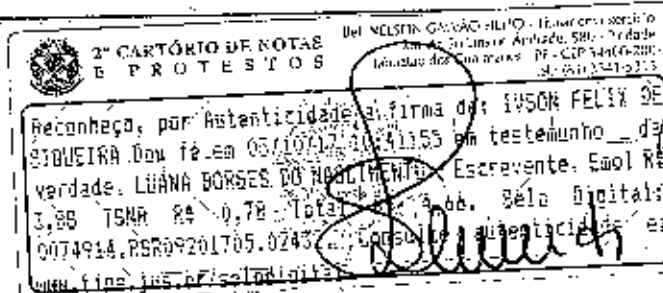
# PROCURAÇÃO



**OUTORGANTE:** IVSON FELIX DE SIQUEIRA brasileiro(a),  
estado civil CASADO profissão MOTOBOL CI RC nº  
514.333 CPF/MF nº 032.782.374-71 residente e domiciliado(a)  
à Rua RUA SEIS Nº 173A CALVEIRO SECO Cidade de  
JABOTATUBA DOS GUARARAPES Estado PERNAMBUCO CEP:  
54430-070 telefone 81.98859-0629

**OUTORGADO:** AMARO MANOEL DE OLIVEIRA  
CPF sob o nº 101.968.034-20 e  
RG sob o número 1.310.620 com endereço cito à  
R: LORENA N: 50 JARDIM SÃO PAULO na cidade de  
RECIFE Estado do PERNAMBUCO

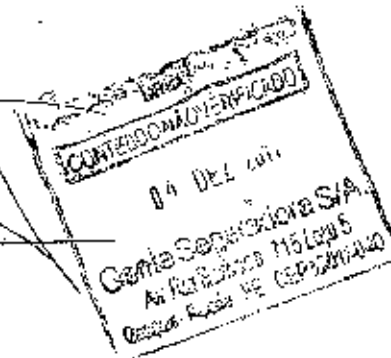
**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para:  
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por  
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o  
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.  
Obs.: É de responsabilidade do outorgado a veracidade das informações e  
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



JABOTATUBA DOS GUARARAPES 03 de OUTUBRO de 20 17



[Signature]  
**OUTORGANTE**





Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**

Nº Sinistro: **3170647673**

Vitima: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**

Data do Acidente: **23/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170647673**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12091633



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: IVSON FELIX DE SIQUEIRA  
Nº Sinistro: 3170647673  
Vitima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA  
Data do Acidente: 23/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170647673**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**

Sinistro: **3170647673**  
Vítima: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**  
Data do Acidente: **23/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170647673** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170647673  
Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA  
Data do Acidente: 23/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170647673** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Carta nº: 12493863

A/C: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Nº Sinistro: 3170647673  
Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA  
Data do Acidente: 23/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001580**

Conta: **00000143075-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 032.782.374-71	Nome completo da vítima IVSON FELIX DE SIQUEIRA
---------------------------	---------------------------------	--

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo IVSON FELIX DE SIQUEIRA		CPF titular da conta 032.782.374-71	Profissão Motorista
Endereço R. SEIS		Número 173	Complemento A
Bairro PRAZERES	Cidade JABOTICABATUBA DOS GUARAPUAS	Estado PE	CEP 54330-070
Email LUIZOLIVEIRA177@GMAIL.COM		Telefone (DDD) (81) 9.8334-0368	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO Nome: _____ NRO _____			
AGÊNCIA NRO. 1580 (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 143075 (Informar dígito se existir)	D/V 0 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 01 de DEZEMBRO de 2011

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1580.013.143075-0

Onde tem, breves, você e sua rede de  
 cartão magnético de poupança

Mais informações consulte o site: [caixa.gov.br](http://caixa.gov.br)

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala. Ouvidoria



CONTEÚDO VERIFICADO

14 JUL 2011

Gente Seguradora S/A

Av. Rio Branco 715 Lapa 5

Caixa Postal 66 CEP 30040-900

1 de 1



407922



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO  
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0102004193**

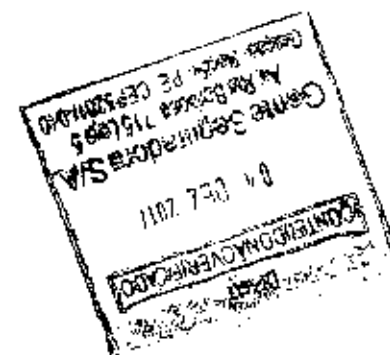
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/11/2017 às  
**10:47**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que  
aconteceu no dia 23/9/2017 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORONEL KLEBER DE ANDRADE, 1,  
PRÓXIMO AO COMPLEXO DE CANDEIAS - Bairro: CANDEIAS - JACATAD  
DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)  
RHALDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS (OUTRO)  
IVSON FELIZ DE SIQUEIRA (VÍTIMA)



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
IVSON FELIZ DE SIQUEIRA  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
PESSOA DESCONHECIDA

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

**IVSON FELIZ DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA  
MANOEL FELIX Data de Nascimento: 7/3/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA SEIS, 173 - CEP: 85000-000 - Bairro: CAJUEIRO SECO -  
JACATAD DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:  
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**RHALDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS (não presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



**MOTOCICLETA I (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RNALDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IVSON FELIZ DE SIQUEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

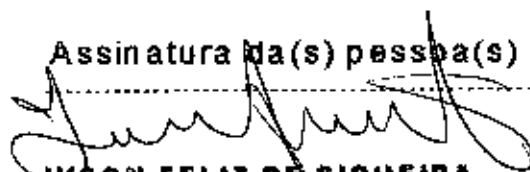
Placa: **PD02368** (PERNAMBUCO/RECIFE)  
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**  
Descrição: **TITAN EX**

**MOTOCICLETA II (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY60Q** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

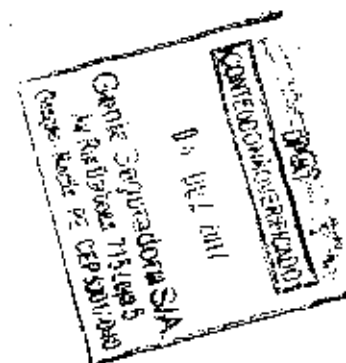
### Complemento / Observação

**INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS SOFREU UMA COLISÃO ENTRE A MOTOCICLETA QUE PILOTAVA E A REFERIDA CINQUENTINHA QUE FUGIU DO LOCAL E QUE FOI SOCORRIDO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA PELO SAMU OC. Nº 6 384912. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.**

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

  
**IVSON FELIZ DE SIQUEIRA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por:  **CLAUDÊNIO CALISTO DE PONTES** - Matrícula: **151898-2**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML




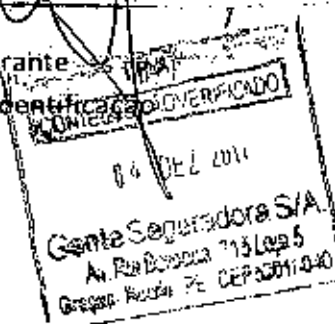
Eu, IVSON FELIX DE SIQUEIRA, portador da carteira de identidade nº 514333 MEX 7E e inscrito no CPF/ME sob o nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na R. SEIS N. 173 - A, Cidade JABOATÃO DOS GUARARAPES, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa pré-concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do conteúdo.

  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



RECIFE, 01 DE DEZEMBRO DE 2017.

Local e data