



Número: **0082255-80.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75325373	16/02/2021 17:17	ANEXO 1	Outros (Documento)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

02

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Lucilândia Ferreira da Silva			Idade: 30A
Situação/Queixa:	da em MSE (Combustível) largou o veículo e ficou deitado.			
	Usou com Bombeiros Militar			

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow:
-----	----	----	----	-------	------	-------	----------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma: do Oitupedista

Data: 25/06/2020

Assinatura: Carimbo



CONDUTA DE ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura/Carimbo

[illegible]

Appendix C





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simão Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

Reg - 1915
H - 14:15

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
178207	25/06/2020 às 13:23:50		EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000123913 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

INS: 707500216231490 Nascimento: 15/10/1989 Idade: 30 anos Sexo: Feminino Cor: Parda

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: AGRICULTORA Naturalidade: PEDRA -PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Filiação:
Ignorado Pai:
Mãe: QUITERIA FERREIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA DR MANOEL ELPIDIO DE MELO, Nº. 416 Complemento:

Air: NILO COELHO Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone:

Companhante:

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: COHAB III Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Queixa Principal:

IDA: Queda de costas com L
um braço estendido 07.15

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Tipos de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Cód. Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Dr. RICHARD M. M. M.

Ass. Enfermeira + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento: clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

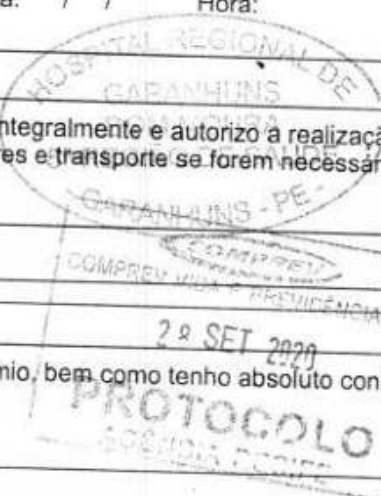
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

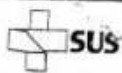
Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





Sistema Ministerial
Unico de
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lucyclaudia ferreira da silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 7 5 0 0 2 1 6 2 3 1 4 9 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

15 / 10 / 1989

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☒

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00255580

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

Quiteria ferreira da silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Dr. Emanuel Epídio de melo, n:416 Dom Helder camara

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Garanhus

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2606002

18 - UF

PE

19 - CEP

5 5 2 9 1 0 2 0

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Do Sd. de Infecção MSK, debrui
doe de interesse de braco E, p
Cidada de processel, com supotuc
fueroncel MSK

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020393

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

72 SET 2020

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

262010489996 - 2

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

12

02

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

27/06 a 30/06/2020



Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS

DATA DA SOLICITAÇÃO:
25/06/2020 15:53

MÉDICO SOLICITANTE

RADNER CAVALCANTI DE MAGALHES MAURICIO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 23544

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO:

727910

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO:

15/10/1989

SEXO:

Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

QUITERIA FERREIRA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

COD. IBGE MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR E DEFORMIDADE EM MIE. DATA DA FRATURA 25/06/2020

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DE UMEROS ESQUERDO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

DOCUMENTO:

() CNS (X) CPF

Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

06973970499

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

26/06/20 14:26

TIPO DE LITO:

CIRURGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

JOSEANE CLECIA PATRIOTA NOGUEIRA DE CARVALHO

DATA DA SOLICITAÇÃO:

25/06/20 15:53

DOCUMENTO:

() CNS (X) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

94579440463

COD. ORGÃO EMISSOR:

CRM 13769

ESCLARECIMENTOS



Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data / Hora	Tipo de Comunicação	Usuário	Estabelecimento
26/06/20 14:	Telefone	ISABELAAP	CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE

Contato

ENF LUANA

Título da Comunicação

MONITORAMENHTO

Descrição

SOLICITO A ENFERMEIRA LUANA (HDM) BREVIDADE NO ENVIO DE IMAGENS DE RAO-X, SOLICITADO POR ENF CAMILA(CSSV) PARA DEFINIÇÃO DE SOLICITAÇÕES.

CRH NO AGUARD.

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

Data Atend: 27/06/2020	Atendimento: 0037698	Quarto/leito: 306 / 4
Paciente: 00255580 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA		
Data Nasc: 15/10/1989	Idade: 30 Anos	Sexo: Feminino
Profissão: AGRICULTORA	Naturalidade: PEDRA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: MAURICIO FERREIRA DA SILVA	Nome Mãe: QUITERIA FERREIRA DA SILVA	
Endereço: DR. EMANUEL EPIDIO DE MELO, 416 CASA		- DOM ELDER CAMAR - GARANHUNS
- PE		
Telefones: (87) 9999.1972 / () . / (87) 9999.1972		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Doença pré-existente, dor, polifarmácia, uso de Soro Fisiológico, uso de medicação</i>		
Diagnostico Inicial: <i>Trat. Insuf. C.</i>		
SADT:		
Diagnostico Final: <i>O mesmo</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <i>27.6.20</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>30.6.20</i>
Piorando ()	Transferência ()	Local: <i>CLINICA S/A</i>
Obito + 48h ()	Evasão ()	<i>28 SET 2020</i>
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	<i>Pedro Amador de Carvalho</i>
Obito em ____/____/____		CRM: 124.723.204-30 / CRM: 16558
hora: _____		PROTOCOLO
		Medico Responsavel





Hospital São Vicente

Data Atend: 27/06/2020	Atendimento: 0037698	Quarto/leito: 306 / 4
Paciente: 00255580 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
Osteossintese femoral Vila-se univoco F		0408020 393
Data: 29/06/2020	Início:	Término
Cirurgião: FUGENIP		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Vitor		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: Sub puestura de seps MS F, Secao 5 Face sutura burs F, sondaferre plano cesso, Reducao da fratura e osteossintese, univoco O1, Placa de 20 g/so anferos e O4 P. Peritica 1.5, Radioscop. Sutura no plano + Resetivo		

Antonio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF 066.654.002-2

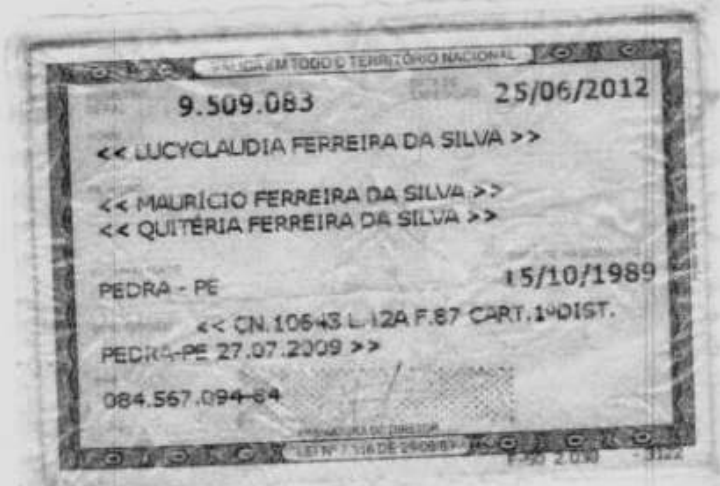
Assinatura de Cirurgião

COMPROVANTE

2ª SET 2020

PROTOCOLO





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346289 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 25/06/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.9_CIRURGIA.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273073/20

Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 084.567.094-84

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 25/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA : 084.567.094-84

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: 28/09/2020
Nome: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA
CPF: 084.567.094-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino 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, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346289

Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000003212-3**

Conta: **0000062043-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01367/01368 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

3 - Nº do sinistro ou ASL:

8 - CPF da vítima:

1 - Nome completo da vítima:

084.567.094-84 Racyclaudia Ferreira da Silva

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

Racyclaudia Ferreira da Silva

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:

☐ REFUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.500,00 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, TUTOR/1 TUTOR)☐ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Real (345)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (004)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sob o compromisso de apresentar o laudo do IML, concordo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado LIDER 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ União estável☐ Separado judicialmente

25 - Data do

26 - Data do

27 - Data do

28 - Data do

29 - Data do

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

30 - Vítima deixou

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, sob pena de multa 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Garanhuns, 02/09/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-031 V002/2019



CASAS BAHIA EXPRESSO
RUA MARCELLO DE MENDONÇA, 82 6
SANTO ANTONIO GARANHUNS PE

VIA 2 12/08/2020 18:16
TERM 000004 LOM 000002023200742

AUTE 100219
CORRESPONDENTE DO BANCO BRadesco

*PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTINUA

AG. RELAC.: 03212 - GARANHUNS CENTRO
PACB : 313 - CASAS BAHIA-LOJA 1749

AGENCIA : 03212-GARANHUNS CENTRO
CONTA : 0000000002043-2
NOME : LUCYCLAUDIA FERREIRA DA
SILVA
DATA : 12/08/2020
MIDALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE
CESTA DE SERVICOS: CESTA EXPRESSO 4 -
R\$ 27,10

ALICADO AO PROGRAMA DE BENEFICIOS: N

NSU BANK ID: 00490024056
10:17:41





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC
DINTER/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0225001225**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2020** às **15:23**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/7/2020** às **12:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS, 1 - Bairro: DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55294-822 - Ponto de Referência: APOS O DEPOSITO DE GAS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVANIA FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: QUITERIA FERREIRA DA SILVA Pai: MAURICIO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 15/10/1989 Naturalidade: PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9509083/SDS/PE (RG). 08456709484 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 8799923995

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 416, RUA DR. EMANUEL ELPIDIO DE MELO, COHAB III (DOM HELDER CAMARA) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL, CRECHE NANCIA SIA**

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

EVANIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: QUITERIA FERREIRA DA SILVA Pai: MAURICIO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 16/4/1991 Naturalidade: PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9017457/SDS/PE (RG). 10951998463 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 8799923995

Endereço Residencial: **RUA JOAO DOMINGOS DA CUNHA VALENCA FILHO, 1016, COHAB III - CEP: 0 - Bairro: DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA RELATANDO QUE ESTAVA ANDANDO PELA RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS COM DESTINO SUA RESIDENCIA, QUANDO DEREPEENTE UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA NAO IDENTIFICADA EM VELOCIDADE INCOMPATIVEL PARA VIA A ATROPELOU, VINDO AVITIMA CAIR E TER FRATURA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA NESTE MUNICIPIO SENDO MEDICADA E FICANDO INTERNADA, LOGO APOS FORA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE SERRA TALHADA PARA FAZER A CIRURGIA. A VITIMA NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR QUEM ESTAVA PILOTANDO A TAL MOTOCICLETA, E O IMPUTADO NÃO FICOU PARA PRESTAR SOCORRO.

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

Lucyclaudia Ferreira da Silva
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

(VITIMA)

Evania Ferreira da Silva
EVANIA FERREIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **DRAYTON LIVANI VIANA PASSOS** - Matrícula: **320322-0**
(Liberado em **06/08/2020** às **15:58**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ºCIRC
DINTER1/18ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0225001227**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2020** às **16:10**

Complementa o BO Número: **20E0225001225**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **25/6/2020** às **12:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS, 1** - Bairro: **DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55294-822** - Ponto de Referência: **APOS O DEPOSITO DE GAS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVANIA FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **15/10/1989** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9509083/SDS/PE (RG), 08456709484 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8799923995**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 416, RUA DR. EMANUEL ELPIDIO DE MELO, COHAB III (DOM HELDER CAMARA) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL, CRECHE**

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

EVANIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/4/1991** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9017457/SDS/PE (RG), 10951998463 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8799923995**

Endereço Residencial: **RUA JOAO DOMINGOS DA CUNHA VALENCA FILHO, 1016, COHAB III - CEP: 0 - Bairro: DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA RELATANDO QUE ESTAVA ANDANDO PELA RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS COM DESTINO SUA RESIDENCIA, QUANDO DEREPENTE UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA NAO IDENTIFICADA EM VELOCIDADE INCOMPATIVEL PARA VIA A ATROPELOU, VINDO AVITIMA CAIR E TER FRATURA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA NESTE MUNICIPIO SENDO MEDICADA E FICANDO INTERNADA, LOGO APOS FORA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE SERRA TALHADA PARA FAZER A CIRURGIA. A VITIMA NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR QUEM ESTAVA PILOTANDO A TAL MOTOCICLETA, E O IMPUTADO NÃO FICOU PARA PRESTAR SOCORRO.ESTE BOE FOI COMPLEMENTADO POIS HAVIA SIDO COLOCADO A DATA DO FATO EQUIVOCADO.

Lucyclaudia Ferreira da Silva
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

EVANIA FERREIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **DRAYTON LIVANI VIANA PASSOS** - Matrícula: **320322-0**
(Liberado em **06/08/2020 às 16:13**)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

3 - Nº do sinistro ou ASL:

8 - CPF da vítima:

1 - Nome completo da vítima:

084.567.094-84 Racyclaudia Ferreira da Silva

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Racyclaudia Ferreira da Silva

084.567.094-84

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recusou-se Rua Dr. Manoel O. Melo

436 B.D

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Dom Helder

Garanhuns

PE

55294-858

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 9668-4814

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:

☐ REFUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.500,00 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, TUTOR/1 TUTOR)☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Real (345)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (040)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sob o compromisso de 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 do Seguradora LIDER 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ União estável☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

25 - Data do

26 - Data do

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, sob pena de multa, 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

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:

Garanhuns, 02/09/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-031 V002/2019



CASAS BAHIA EXPRESSO
RUA MARCELLO DE MENDONÇA, 82 6
SANTO ANTONIO GARANHUNS PE

VIA 2 12/08/2020 18:16
TERM 000004 LOM 000002023200742

AUTE 100219
CORRESPONDENTE DO BANCO BRadesco

*PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTINUA

AG. RELAC.: 03212 - GARANHUNS CENTRO
PACB : 313 - CASAS BAHIA-LOJA 1749

AGENCIA : 03212-GARANHUNS CENTRO
CONTA : 0000000002043-2
NOME : LUCYCLAUDIA FERREIRA DA
SILVA
DATA : 12/08/2020
MIDALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE
CESTA DE SERVICOS: CESTA EXPRESSO 4 -
R\$ 27,10

ADESÃO AO PROGRAMA DE BENEFÍCIOS: N

NSU BANK ID: 00490024056
10:17:41





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

Dinter/ 1 - 6º Grupamento de Bombeiros

Garanhuns-PE, 17 de julho de 2020.

N/I
BRUNO ANDERSON SILVA DE ASSIS
Cap QOC/BM - Comandante da 1ª SB

Severina **ADRIANA P. de Lacerda**



Cap. QOC/BM
Mat.: 704032-6

VISTO
N/I
Comandante do 6º GB
Severino Tenório Cavalcante Júnior
Maj QDA/BM
Mat. 930134-8

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 0016/20 - 6º GB

O Comandante da 1ª SB, do 6º Grupamento de Bombeiros, do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, por solicitação do **Sr. Adriano Carlos Leite dos Santos, RG 35.285.397 SSP/AL, CPF 057.227.364-90**, residente e domiciliado na Rua Dom José, nº105, Centro, Garanhuns - PE certifica que, foi deslocada a viatura AR 664, da 1ªSB/6ºGB Garanhuns, aproximadamente às 12h57min, do dia 25 de junho de 2020, para atender a uma ocorrência de possível acidente de trânsito, queda de moto, porém, a guarnição que socorreu a vítima não encontrou moto no local, ocorrido na Rua Flauberto Elias, s/n, Cohab III, Garanhuns- PE. Vitimando a pessoa de **Lucyclaudia Ferreira da Silva**, que apresentava escoriações no membro superior esquerdo e ferimento no membro inferior esquerdo, em decorrência do acidente.

A mesma foi conduzida ao Hospital Regional Dom Moura, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como prontuário nº 978.207.

A presente Certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 1ª Seção de Bombeiros (1ªSB) e pelo Comandante da Unidade. 3º Sgt BM Mat. 798078-7
Daniel Alves Cavalcante - Auxiliar da 1ªSB,

Daniel Alves Cavalcante
3º Sgt/BM
Mat.: 798.078-7

COMPREENDI A OCORRÊNCIA S/A
2ª SET 2020
PROTOCOLO

6º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS
Rua Pedro Rocha, nº 131, Heliópolis
Garanhuns - PE CEP 55295-470
Fone: (87) 3761 8268/8270

CNPJ: 09.358.773/0012-05

e-mail: 6gb@bombeiros.pe.gov.br



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 000000062043-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1310202005000000000023703212000000062043236250 PAGO



