



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                        |
|--|--|
| <b>LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (AUTOR)</b> | <b>ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)</b> |
| <b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>  |  |

| Documentos   |                    |                                |
|--------------|--------------------|--------------------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento                      |
| 75325<br>373 | 16/02/2021 17:17   | <a href="#"><u>ANEXO 1</u></a> |



## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

| CLASSIFICAÇÃO:             | VERMELHO  | AMARELO | VERDE  | AZUL |
|----------------------------|---|---------|--------|------|
| Nome:                      | Luciana Ferreira da Silveira                                    |         | Idade: | 30A  |
| Situação/Quelixa:          | Acidente com moto (Combate) fraturas no braço e quebra de moto. |         |        |      |
| Úrio com Bombeiros Militar |   |         |        |      |

## PROCEDÊNCIA

| RESIDÊNCIA             | VIA PÚBLICA | TRABALHO | UNIDADE DE SAÚDE |
|------------------------|-------------|----------|------------------|
| Doenças Preexistentes: | Sobre       |          |                  |
| Medicações em uso:     | Sobre       |          |                  |
| 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         | Bradicardia |
|------------------------|---------------------|---------------------|-------------|
| Dispneias aos esforços | Dispneia de repouso | Dispneia de noturna | Cianose     |
| Palidez                | Sudorese            |                     |             |

## DOR TORÁXICA

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

Duração da dor:

Localização:



## IRRADIÇÃO DA DOR

| Braço E | Braço D | Escápula | Mandíbula | Torax posterior | Abdôme |
|---------|---------|----------|-----------|-----------------|--------|
|         |         |          |           |                 |        |

## DOR PRESENTE

| EM REPOUSO | AOS ESFORÇOS | SET 2020 | QUANDO RESPIRA |
|------------|--------------|----------|----------------|
|            |              |          |                |

Fluxograma: *do Ortopedista*

PROTÓCOLO

*Diego Carvalho  
Enfermeiro-Obstetra  
COREME 397078*

Data: 25/06/2020

Assinatura: *Carlimbo*

## CONDUTA DE ENFERMAGEM

---

**Assinatura/Carimbo**

### Acupuncture (Gacchū)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 17:17:39  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021617173953900000073822272>  
Número do documento: 21021617173953900000073822272

Num. 75325373 - Pág. 2

Reg - 1915  
 H - 14:15

**FICHA DE ATENDIMENTO**

|                             |  |  |   |
|-----------------------------|--|--|---|
| úmero do Registro<br>178207 | Data e Hora do Atendimento<br>25/06/2020 às 13:23:50 | Procedimento Local: Pronto-Atendimento | Local de Entrada<br>EMERGÊNCIA ORTOPEDICA |
|-----------------------------|--|--|---|

**Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:**

paciente: 000123913 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

NS: 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: Pai: Mãe: QUITERIA FERREIRA DA SILVA

Ignorado

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

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

Companhante:

 Corrida: Acidente de trabalho: Sim  Não 

Procedência: COHAB III Meio de Transporte:

**Atendimento Médico:**

Data: / / Hora: Médico: CRM:

Saída Principal:

 IDA: *Queda de moto curta*

 Local: *curto esquenta*

 Data: *07.06.15*
**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:

 Forma 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:**

 1: Geral Via aérea está pervia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: °C  
*29 SET 2020*
**3: Respiratório**

2: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

 4: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocôricas  Anisocôricas 

Glasgow: Abertura Ocular Escor: Glasgow: Resposta Verbal Escor: Glasgow: Resposta Motoria Escor: Hora: Hora: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

Cód. Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimb.

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Condição da Alta:

Curado  Melhorado

Inalterado  Piorado

Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

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 tratamentos 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 nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

22 SET 2020

PROTOCOLO





Pernambuco

## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOSSO 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 CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):  
CRM - 23544

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOSSO DO PACIENTE:  
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO:  
727910

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:  
15/10/1989

SEXO:

Feminino

NOSSA DA MÃE OU RESPONSÁVEL:  
QUITERIA FERREIRA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO):

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

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

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE APOIO DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):  
RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:  
FRATURA DE UMERO ESQUERDO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

### SINAIS VITais

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

DETALHAMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:  
URGÊNCIA

DOCUMENTO:

( )CNS ( X )CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/EXECUTANTE:  
66673970499

COMPRA DE CONSULTA

28 SET 2021

TIPO DE PROCEDIMENTO:

EXECUTANTE

TIPO DE LEITO:

CIRÚRGICO

MÉDICO AUTORIZADOR:

### AUTORIZAÇÃO

NOSSO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

JOSEANE CLECIA PATRIOTA NOGUEIRA DE CARVALHO

DOCUMENTO:

( )CNS ( X )CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

94579440463

DATA DA SOLICITAÇÃO:

25/06/2020 15:53

COO. 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

Titulo da Comunicação

MONITORAMENTO

Descrição

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

CRH NO AGUARDO.

### OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





# Hospital São Vicente





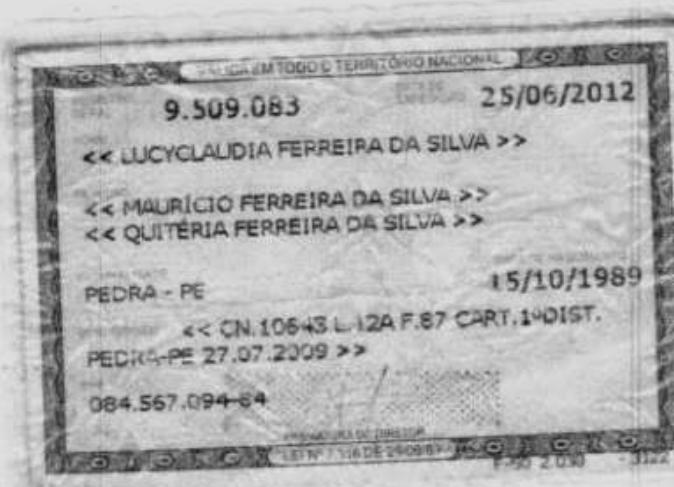
# Hospital São Vicente

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
| Data Atend: 27/06/2020   | Atendimeto: 0037698   | Quarto/leito: 306 / 4 |
| Paciente: 00255580 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA   |   |                       |
| Cirugia Realizado:   | N. do Procedimento:   |                       |
| <i>osteosseos feitos</i><br><i>aplaque nova f</i>  | <i>0408020393</i>   |                       |
| Data: 29/06/2020   | Inicio:   | Término               |
| Cirurgião: <i>Flávio</i>   |   |                       |
| 1º Auxiliar:   |   |                       |
| 2º Auxiliar:   |   |                       |
| Anestesista: <i>Henrique</i>   |   |                       |
| DESCRÍÇÃO CIRURGICA:   | <p><i>Seb suástica assopar</i><br/><i>MS f, Seisões facce suturas brancas</i><br/><i>facce plásticas</i><br/><i>da pele e osteosseos, colocar</i><br/><i>de placas e osteosseos, visível</i><br/><i>de placas de gipsos e</i><br/><i>de f. central 4.5, óptico p.</i><br/><i>fixar no plástico +</i><br/><i>fixar</i></p> |                       |
| <p><i>Antônio Rodrigues de Freitas</i><br/>CRM 7351<br/>CPF 000.000.000-00<br/>Assinatura do Cirurgião</p> |   |                       |

*29 SET 2020*

*PROTÓCOLO*





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 17:17:39  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021617173953900000073822272>  
Número do documento: 21021617173953900000073822272

Num. 75325373 - Pág. 10



## 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          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>17,5 %</b> | <b>R\$ 2.362,50</b>   |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273073/20

**Vítima:** LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 084.567.094-84

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/06/2020

**Titular do CPF:** LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 17:17:39  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021617173953900000073822272>  
Número do documento: 21021617173953900000073822272

Num. 75325373 - Pág. 13

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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato da ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

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):  17 - Tel.:

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

REFLUIO 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 (Sómento para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Nome do BANCO:   
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (004)

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 5.194/74), uma vez que:

- o Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- o O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- o O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sobre 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 preventiva, caso necessário, da causa 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 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou judicial, ou com o direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

CORANTE - FONTE: SIA

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

74 - Endereço da vítima:  75 - Endereço:  76 - Set. 2029 - Data do falecimento da vítima:   
 Solteiro  Casado (no Civil)  União estável  Separado judicialmente  Viúvo  Data do falecimento da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não 26 - Vítima deixou companheiro(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha/teve pais, informar:  Sim  Não 33 - Vítima deixou:  Sim  Não  
 teve filhos?  Falecidos:  Falecidos?  Falecidos?  Falecidos?  Falecidos?  Falecidos?  Falecidos?  Falecidos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, ante a justiça, estarão à parte, 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 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):   
 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):   
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):   
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1º | Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):   
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):   
 FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



CASAS BAHIA EXPRESSO  
RUA MÁRIO LIMA 14, NÁSSAU, 82 0  
SANTO ANTONIO GOSIENGES PE

VIBR 2 12/06/2020 10:16  
TERM 0000004 164 00000202308742

NÚL 168219

CORRESPONDENTE DO BANCO BANDESCO

\*RESPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC.: 83212 - CASAS BAHIA CENTRO  
PACB : 313 - CASAS BAHIA LOJA 1749

AGÊNCIA : 03212 - CASAS BAHIA CENTRO  
CONTA : 0000000462043 2  
NOME : LUCY CLAUDIA FREIRE DA  
SILVA

DATA : 12/06/2020  
VALOR IDADE: 00

TIPO PESSOA: FÍSICA

TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

CESTA DE SERVIÇOS: CESTA EXPRESSO 4 -

R\$ 27,70

ADESÃO AO PROGRAMA DE BENEFÍCIOS: N

101 BANCO BANDESCO  
101 BANCO BANDESCO  
101 BANCO BANDESCO





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **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: **AMASIAO(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 VALENCIA 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 DEREPELENTE 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(n) neste documento

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 **15:58**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC  
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **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 S/A**

**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: **1,0 (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 DEREPELENTE 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 MUNICÍPIO 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.

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 **16:13**)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 17:17:39  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021617173953900000073822272>  
Número do documento: 21021617173953900000073822272

Num. 75325373 - Pág. 20



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do contrato da ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

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):  17 - Tel.:

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

RECLUSO 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 (Sómento para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Nome do BANCO:   
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (004)

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 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Sobre 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 preventiva, caso necessário, da causa 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 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou judicial, ou com o direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

CORANTE - FOLHA SIA

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

74 - Endereço da vítima:  75 - Endereço:  76 - Setor:  77 - Data de nascimento da vítima:  78 - Data de óbito da vítima:

79 - Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não 80 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

81 - Vítima:  Sim  Não 82 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não 83 - Vítima:  Sim  Não 84 - Se tinha esposo, informar:  Sim  Não 85 - Vítima:  Sim  Não 86 - Vítima:  Sim  Não 87 - Vítima:  Sim  Não 88 - Vítima:  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e permanecerem condicioneis, estando o cliente, 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.

PROTÓCOLO

89 - 1º | Nome:  CPF:   
 Assinatura da testemunha

90 - 2º | Nome:  CPF:   
 Assinatura da testemunha

91 - 3º | Nome:  CPF:   
 Assinatura da testemunha

92 - Local e Data:  93 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

94 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

95 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

96 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

97 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

98 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

99 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

100 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

101 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

102 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

103 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

104 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

105 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

106 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

107 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

108 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

109 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

110 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

111 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

112 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

113 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

114 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

115 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

116 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

117 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

118 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

119 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

120 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

121 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

122 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

123 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

124 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

125 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

126 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

127 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

128 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

129 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

130 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

131 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

132 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

133 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

134 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

135 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

136 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

137 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

138 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

139 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

140 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

141 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

142 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

143 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

144 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

145 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

146 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

147 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

148 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

149 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

150 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

151 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

152 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

153 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

154 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

155 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

156 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

157 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

158 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

159 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

160 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

161 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

162 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

163 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

164 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

165 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

166 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

167 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

168 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

169 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

170 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

171 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

172 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

173 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

174 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

175 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

176 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

177 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

178 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

179 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

180 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

181 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

182 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

183 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

184 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

185 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

186 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

187 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

188 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

189 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

190 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

191 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

192 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

193 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

194 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

195 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

196 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

197 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

198 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

199 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

200 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

201 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

202 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

203 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

204 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

205 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

206 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

207 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

208 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

209 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

210 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

211 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

212 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

213 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

214 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

215 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

216 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

217 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

218 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

219 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

220 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

221 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

222 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

223 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

224 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

225 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

226 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

227 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

228 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

229 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

230 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

231 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): <input type="

CASAS BAHIA EXPRESSO  
RUA MÁRIO LIMA 14, NÍSSAU, 82 0  
SANTO ANTONIO GOSSEJES, PE

VIBR 2 12/06/2020 10:16  
TERM 0000004 164 00000202308742

NÚL 168219

CORRESPONDENTE DO BANCO BANDESCO

\*RESPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC.: 83212 - CASAS BAHIA CENTRO  
PACB : 313 - CASAS BAHIA LOJA 1749

AGÊNCIA : 03212 - CASAS BAHIA CENTRO  
CONTA : 0000000462043 2  
NOME : LUCY CLAUDIA FREIRE DA  
SILVA

DATA : 12/06/2020  
MUDALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FÍSICA

TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

CESTA DE SERVIÇOS: CESTA EXPRESSO 4 -

R\$ 27,70

ADESÃO AO PROGRAMA DE BENEFÍCIOS: N

101 BANCO BANDESCO  
101 BANCO BANDESCO





**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 1ªSB**

**Severina ADRIANA P. de Lacerda**

**Cap. QOC/BM**

**Mat. 704032-6**

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 0016/20 - 6º GB**

**V I S T O**

**N/I**

**Comandante do 6º GB**

**Getúlio Henrique Cavalcante Junior**

**Maj QDA/BM**

**Mat. 93013478**

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**



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

**CNPJ: 00.358.773/0012-05**

**email: 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

BRADESCO13102020050000000002370321200000062043236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 17:17:39  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021617173953900000073822272>

Número do documento: 21021617173953900000073822272

Num. 75325373 - Pág. 24

