



10/07/2020

Número: **0017846-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  |                    | Procurador/Terceiro vinculado  |                    |
|---|--------------------|--|--------------------|
| SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (AUTOR)                  |                    | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)<br>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO) |                    |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)                 |                    |  |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (REU) |                    |  |                    |
| Documentos  |                    |  |                    |
| Id.   | Data da Assinatura | Documento  | Tipo               |
| 64490908  | 10/07/2020 11:40   | <a href="#">ANEXO 2</a>  | Outros (Documento) |

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

025594114-58

4 - Nome completo da vítima:

SILVANIA MARIA 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:

Silvania Maria Ferreira da Silva

6 - CPF:

025594114-58

7 - Profissão:

do LAR

8 - Endereço:

Av. Oito

9 - Número:

474

10 - Complemento:

11 - Bairro:

URADO

12 - Cidade:

JABOATÃO DOS GUARARAPES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54000-000

15 - E-mail:

AMANDA SOARES SAUD@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

81 997001787

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

714

5

CONTA:

77742

0

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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (el nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, REFI, 14 DE FEVEREIRO DE 2020.

Silvania Maria Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Nome: **SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA** Nº registro: 688226  
Dt. Nasc.: 17/10/75 - 44 ano (s)  
Sexo: Feminino Mãe: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO Fone: 81985640378  
Endereço: R. BELARMINO SILVA, nº 908, CURADO V. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE  
Data/hora: 10/12/2019 - 07:47  
Nº pág.: 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

DOR TORNOZELO ESQ APÓS TRAUMA

### EXAME FÍSICO:

Peso:                      Altura:                      IMC: ( )                      Temperatura: °  
PA: x mmHg                      HGT: mg/dL  
EDEMA COM DOR

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S826 - Fratura do maléolo lateral | Perônio [fíbula], envolvendo

### Resultados de Exames:

AO RX  
SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE MALÉOLO LATERAL ESQ

### Evolução do paciente:

COLOCADO TALA BOTA  
SSOL TRANSF DE URG A CENTRAL DE LEITOS  
H.D.H.C.  
SENHA : 5834456

**Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA**  
CRM: 6984

Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II  
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA, CRM: 6984. Data e Hora: 10/12/2019 12:04:20.  
Rua Leonardo da  
Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

### NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.825.932/0001-08 | Ins. Est. 5005043-93 | www.celpe.com.br

#### DADOS DO CLIENTE

TEREZA MARIA DA CONCEICAO  
PROX. A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

CPF: 252 280 994-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
TV 1 DO MARUM 6

PONTE DOS CARVALHOS/PONTE DOS CARV  
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE  
54580-021

#### CLASSIFICAÇÃO

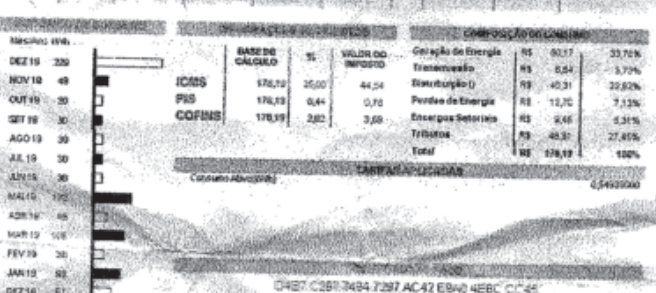
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

| Nº DA BOMBA FISCAL | ABRA          | EMPRESA          |
|--------------------|---------------|------------------|
| 000825948          | UNICA         | 30/12/2019       |
| APRESENTAÇÃO       | Nº DO CLIENTE | Nº DA UTILIZAÇÃO |
| 30/12/2019         | 2002438411    | 553846           |

| CONTA CONTRATO     | MESURAO           |
|--------------------|-------------------|
| 2736245011         | 12/2019           |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA DE PAGAMENTO |
| 08/01/2020         | 29/01/2020        |
| TOTAL A PAGAR      | 194,34            |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL       |            |             |             |
|--------------------------------|------------|-------------|-------------|
|                                | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
| Consumo Ativo (kWh)            | 228,000000 | 0,75727874  | 173,41      |
| Acrescimo Bandeira AMARELA     |            |             | 0,87        |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA    |            |             | 0,81        |
| Contribuição Pública Municipal |            |             | 5,81        |
| TOTAL DA FATURA                |            |             | 194,34      |

| DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |                  |            |               |            |           |        |               |
|--|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
| 313098323                                  | CONT           | 28-11-2019    | 43,00            | 30-11-2019 | 278,00        | 30         | 1,0000    |        | 228,00        |



INFORMAÇÕES PARA O CLIENTE

De acordo com a Lei nº 10.438, de 26/04/2002, a Tarifa Social de Energia Elétrica é destinada aos consumidores residenciais que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. Para saber mais sobre a Tarifa Social, consulte o site www.celpe.com.br.

| ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE É POSSÍVEL CONTAR EM ADEQUADO |       |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| EM ADEQUADO, ENTÃO ENVIAMOS CATEGORIA CORTE                |       |       |       |       |       |
| Valor  | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor |
| 0,00   | 14,33 | 14,33 | 28,66 | 28,66 | 28,66 |
| 0,00   | 14,33 | 14,33 | 28,66 | 28,66 | 28,66 |

| FUNDAÇÃO E PONTUAÇÃO DO CONSUMO |       |       |       |       |       |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CONSUMO                         | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR | VALOR |
| PONTUAÇÃO                       | 0,00  | 5,18  | 10,36 | 15,54 | 20,72 |
| PON                             | 0,00  | 3,23  | 6,47  | 9,70  | 12,94 |
| PONC                            | 0,00  | 2,94  | 5,88  | 8,82  | 11,76 |

| CONTA CONTRATO | MESURAO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| 2736245011     | 12/2019 | 08/01/2020         | 194,34              |



Nome: **SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA**

Nº registro: 688226

Dt. Nasc.: 17/10/75 - 44 ano (s)

Sexo: Feminino Mãe: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO Fone: 81985640378

Endereço: R. BELARMINO SILVA, nº 908, CURADO V. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 10/12/2019 - 07:47

Nº pág.: 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

DOR TORNOZELO ESQ APÓS TRAUMA

### EXAME FÍSICO:

Peso:                      Altura:

PA:    x mmHg

HGT: mg/dL

IMC: ( )

Temperatura: °

EDEMA COM DOR

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S826 - Fratura do maléolo lateral | Perônio [fíbula], envolvendo

### Resultados de Exames:

AO RX

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE MALÉOLO LATERAL ESQ

### Evolução do paciente:

COLOCADO TALA BOTA

SSOL TRANSF DE URG A CENTRAL DE LEITOS

H.D.H.C.

SENHA : 5834456

**Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA**  
CRM: 6984

Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II  
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA, CRM: 6984. Data e Hora: 10/12/2019 12:04:20.

Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

Rua Leonardo da



**LAUDO MÉDICO**

Data de Atendimento: 13/1/20

Nº PRONTUÁRIO: 122940

NOME DO PACIENTE: Silvana Laine Ferreira

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

Fratura Suspeita @

CID:

Consolidado

OBS.:

Alta ambulatorial

S825

Nº DIAS

           (        )

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391







Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 6



Scanned with CamScanner







Scanned with CamScanner











# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Lida dos  
Condições de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062220/20

Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 025.594.114-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/12/2019

Titular do CPF: SILVANIA MARIA  
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  
Outros

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA : 025.594.114-58

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 08h às 20h: 0800-1596 (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: 14/02/2020  
Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
CPF: 025.594.114-58

*Silvania Maria Ferreira*  
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
*da Silva*

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

*Juliana Bezerra de Luna*  
JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200076892 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM TORNOZELO ESQUERDO COM FRATURA DE MALÉOLO LATERAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>tornozelo | 25 %  | Em grau leve - 25 %   | 6,25%     | R\$ 843,75               |
| Total   |   |   | 6,25 %    | R\$ 843,75               |







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200076792 3 - CPF da vítima: 025594114-58 4 - Nome completo da vítima: SILVANIA MARIA 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: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 025594114-58  
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: AV. CITO 9 - Número: 474 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CURADO 12 - Cidade: RELIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53602-09  
15 - E-mail: AMANDASOARESADNA@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (81) 997001737

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA: 1733 CONTA: 042083 3

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima: ☐ casado ☐ solteiro ☐ separado judicialmente ☐ divorciado ☐ separado permanentemente ☐ viúva  
24 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não  
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou seguro/volnaser? ☐ Sim ☐ Não  
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impossível assinar por não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):  
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 03 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Silvania Maria

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Ferreira da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062220/20

**Vítima:** SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 025.594.114-58

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/12/2019

**Titular do CPF:** SILVANIA MARIA  
FERREIRA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA : 025.594.114-58**

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: 14/02/2020  
Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
CPF: 025.594.114-58

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



ITAÚ - UNIBANCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01737

CONTA: 000000004208-3

Autenticação:

E80CA3B2D08E67A7990F44BC75035BBA610687A15B2311CE06DFFFC1205C332E







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, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076892

Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15520075

Pag. 00263/00264 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 21 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200076892**

**Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01667/01668 - carta\_25 - INVALIDEZ





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, 11 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200076892**

**Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SILVANIA MARIA 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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 341**

**Agência: 000001737**

**Conta: 000004208-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01743/01744 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020872



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

025594114-58

4 - Nome completo da vítima:

SILVANIA MARIA 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:

Silvania Maria Ferreira da Silva

6 - CPF:

025594114-58

7 - Profissão:

do LAR

8 - Endereço:

Av. Oito

9 - Número:

474

10 - Complemento:

11 - Bairro:

URADO

12 - Cidade:

JABOATÃO DOS GUARARAPES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54000-000

15 - E-mail:

AMANDA SOARES SAUD@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

81 997001787

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

714

5

CONTA:

77742

0

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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 14 DE FEVEREIRO DE 2020.

Silvania Maria Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





578145

006 2 220/20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -  
DP23ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0113000375

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/02/2020 às  
17:30

Complementa o BO Número: 20E0113000264

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 10/12/2019 às 22:00

Natureza Jurídica: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL  
Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 1 - Bairro:  
CURADO V - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -  
Ponto de Referência: SINAL PARQUE SHOL CURADO V  
Local do Fato: NÃO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo:  
Feminino Mãe: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: DIOLINDO FERREIRA DA SILVA Data  
de Nascimento: 17/10/1975 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /  
BRASIL Documentos: 5380200/SDS/PE (RG), 02309411458 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:  
- 999994972

Endereço Residencial: BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 320, RUA DELARMINO SILVA NR  
320 CURADO V JABOATÃO - CEP: 55080-000 - Bairro: CURADO V - JABOATÃO DOS  
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, SINAL PARQUE SHOL CURADO V

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade:  
DESCONHECIDO

06/02/2020 17:31



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOBILNÃO INFORMADONÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
 Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INF A VITIMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO DO SEU MARIDO NA MOTO KPV7823 COR AMARELA QUANDO UM VEICULO BATEU NA MOTO E A VITIMA QUE ESTAVA NA GARUPA CAIU COM SEU MARIDO A MESMA FOI SOCORRIDA PELO SEU MARIDO RAFAEL DIEGO COSMO DO NASCIMENTO QUE LEVOU A MESMA PARA UPA DO CURADO II ONDE O MEDICO FEZ OS PROCEDIMENTOS NORMAIS E ENCAMINHOU PARA PARA O HOSPITAL DOM NELDER CANARA ONDE FEZ UM RX E CONSTATOU FRATURA NO TORNZELO ESQUERDO MEDICO DR. CARLOS RIAN CRM 15453 A MESMA PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA PROVIDENCIAS CABIVEIS . COMPARECEU A ESTA DD. A SRª SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA, SOLICITANDO CORREÇÃO NA DATA DO FATO PARA 10/12/2019, CONFORME ENCERRO ESTE COMPLEMENTO.

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

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
 (VITIMA)

*Silvania Maria Ferreira da Silva*

B.O. registrado por: MOYSES MANOEL DE LIMA - Matrícula: 330959-5

*Moyses Manoel de Lima*

06/02/2020 17:31





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -  
DP23ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0113000264

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/01/2020 às  
08:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 10/1/2019 às 22:00

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**  
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 1 - Bairro:**  
**CURADO V - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -**  
Ponto de Referência: **SINAL PARQUE SHOL CURADO V**  
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE )  
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA )

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)**

**SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Mãe: **TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **DIOLINDO FERREIRA DA SILVA** Data  
de Nascimento: **17/10/1978** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **3380200/SSS/PE (RG), 02559411453 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:  
**- 955834972**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 820, RUA BELARMINO SILVA NR**  
**820 CURADO V JABOATÃO - CEP: 55060-000 - Bairro: CURADO V - JABOATÃO DOS**  
**GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, SINAL PARQUE SHOL CURADO V**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade:  
**DESCONHECIDO**

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

28/01/2020 08:43



VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A  
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INF A VÍTIMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO DO SEU MARIDO NA MOTO KRV7823 COR AMARELA QUANDO UM VEICULO BATEU NA MOTO E A VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA CAIU COM SEU MARIDO A MESMA FOI SOCORRIDA PELO SEU MARIDO RAFAEL DIEGO COSMO DO NASCIMENTO QUE LEVOU A MESMA PARA UPA DO CURADO II ONDE O MEDICO FEZ OS PROCEDIMENTOS NORMAIS E ENCAMINHOU PARA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CANARA ONDE FEZ UM RX E CONSTATOU FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO MÉDICO DR. CARLOS RIHAN CRM 15483 A MESMA PROCUROU ESTÁ DELEGACIA PARA PROVIDÊNCIAS CABIVEIS

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

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
(VÍTIMA)

*Silvania Maria Ferreira da Silva*

B.O. registrado por: EMÍDIO GOMES DE AGUIAR FILHO - Matrícula: 3899829

28/01/2020 08:43