



Número: **0065812-88.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EVALDO VICENTE FERREIRA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65509 209	30/07/2020 10:57	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 014482210540	
VIA CÓD. RENAVAM 1 258915323		DATA EMISSÃO EXERCÍCIO 2018	
EVALDO VICENTE FERREIRA PAUDALHO-PE			
PAS / MOTOCICLISTA ESPECIE TIPO		PLACA PFJ8469	
PLACA AUT / UF APR		CHASSI 9C2KC1550AR198051	
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI		COMBUSTIVEL GASOLINA	
CATEGORIA PARTIC		ANO FAB. 2010	
CÓD PREDOMINANTE VERMELHA		ANO MOD. 2010	
IPVA 2018 QUITADO 1 FAIXA IPVA A		VENG. COTA ÚNICA 1, * * * * * 2, * * * * * 3, * * * * *	
PRÉMIO TARIFFÁRIO (R\$) SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO 16/06/18	
PREMIO TOTAL (R\$) AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAMENTO		DATA DE PAGAMENTO 16/06/18	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT DATA 16/06/18			
DESTAQUE: E GUARDE O BILHETE DPVAT ANDREWS SOUSA RIBEIRO DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE			
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA 55825-000			



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Núm. 65509209 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM NAO-CONSOLIDACAO DA FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, ASSOCIADA A SINDROME SIMPÁTICO REFLEXA DA MAO ESQUERDA, GERANDO INTENSA LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEGENERAÇÃO ARTICULAR, TENDO REALIZADO CIRURGIA DE ARTRODESE TOTAL DE PUNHO ESQUERDO. CONSOLIDACAO TOTAL DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequela: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA Data do acidente: 02/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM NAO-CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, ASSOCIADA A SINDROME SIMPÁTICO REFLEXA DA MÃO ESQUERDA, GERANDO INTENSA LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEGENERAÇÃO ARTICULAR, TENDO REALIZADO CIRURGIA DE ARTRODESE TOTAL DE PUNHO ESQUERDO. CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total		30 %	R\$ 4.050,00	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA Data do acidente: 02/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA Data do acidente: 02/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIAS :ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

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
			Total	0 %



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>

Número do documento: 20073010574748200000064280378

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA Data do acidente: 02/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255400/19

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

CPF: 070.061.814-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: EVALDO VICENTE FERREIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EVALDO VICENTE FERREIRA : 070.061.814-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/07/2019
Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA
CPF: 070.061.814-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

EVALDO VICENTE FERREIRA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255400/19

Número do Sinistro: 3190449445

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

CPF: 070.061.814-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: EVALDO VICENTE FERREIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/09/2019
Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA
CPF: 070.061.814-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

EVALDO VICENTE FERREIRA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449445 Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 02/01/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados 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 n° 14655510



01185/01186 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Núm. 65509209 - Pág. 9



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, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190449445 Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 02/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01723/01724 - carta_02 - INVALIDEZ



00010862

Carta nº 14756743



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 10



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, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190449445 Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 02/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EVALDO VICENTE FERREIRA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 341

Agência: 000007728

Conta: 0000016541-1

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, 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.

Atenciosamente,

Pag. 00405/00406 - carta_30 - INVALIDEZ



00030203



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	1070.063.814-70	Evaldo Vicente Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	Evaldo Vicente Ferreira			6 - CPF:	070.063.814-70		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Vila Bela Vista	9 - Número:	892	10 - Complemento:		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Paudalho	13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55825-000	
15 - E-mail:	marceloassessoria@hotmail.com					16 - Tel.(DDD):	81 97915-3756

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 7728 CONTA: 16541 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varnascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

MORTE

NAO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha	
39 - 2º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha	
Assinatura da testemunha			

40 - Local e Data,

Olaria 18/05/2019

Evaldo Vicente Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

070.063.814-70

TESTEMUNHAS



BANCO ITAU S/A CONSULTA POSICAO POUPANCA

AGENCIA 7728 DATA 18/07/2019 HORA 13.46.02
CP 16541-1/500 EVALDO VICENTE FERREIRA
CPF 070.061.814-70 TIPO - INDIVIDUAL
POUPANCA MULTIDATA:
DIA/CTA SDO DISP BRUTO SDO DISP BRUTO
ATE 3/5/12 A PARTIR 4/5/12
* MOVIMENTACAO DO DIA *
CREDITOS 20,00
* POSICAO EM 18/07/2019
(+) SDO PARCIAL C/P 20,00
(=) SALDO C/P 0,00
(=) SDO DISPONIVEL LIQUIDO 20,00
-----FIM



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190449445
Nome do(a) Examinado(a): Evaldo Vicente Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): R Bela Vista, 892
Bela Vista Paudalho PE CEP: 55825-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7136747
Data local do acidente: [02/01/2019]
Data local do exame: [09/09/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS.

Complicações: PSEUDOARTROSE E SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA DO PUNHO E MÃO ESQUERDA.

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODACTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL GLOBAL AO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (COTOVELO E OMBRO PRESERVADOS) E DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO TORNOZELO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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


Dr. LUIZ CASANOVÁ
Médico
CRM: 17761

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ª CIRC
DIM/7º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0114000444

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2019** às **15:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 2/1/2019 às 17:20

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE BAIRRO NOVO, 01 - Bairro: BAIRRO NOVO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BANCO BRADESCO.
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
CONDUTOR DO VEÍCULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA (AUTOR / AGENTE)
EVALDO VICENTE FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EVALDO VICENTE FERREIRA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA

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

EVALDO VICENTE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: JANEIDE CAVALCANTE FERREIRA Pai: ISRAEL VICENTE FERREIRA Data de Nascimento: 13/2/1985
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA ENGENHO RAMOS, 892 - CEP: 0 - Bairro: GUADALAJARA - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CHAFARIZ.

CONDUTOR DO VEÍCULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA RIBEIRO DE BRITO, 901, SL. 1004. - CEP: 55000-000 - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EVALDO VICENTE FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): EVALDO VICENTE FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PFJ8469 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: 258915323 Chassi: 9C2KC1550AR198051
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: GASOLINA

VEÍCULO UTILITÁRIO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA

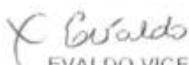


Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PDD2072 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA INFORMOU QUE NA TARDE DO DIA 02 DE JANEIRO DE 2019, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANTO TRANSITAVA NO BAIRRO DE BAIRRO NOVO, OLINDA-PE. PROXIMO AO BANCO BRADESCO. QUE FOI SURPREENDIDO POR UM VEICULO AUTOMOTOR QUE FEZ UMA CONVERGÊNCIA A ESQUERDA EM SENTIDO PROIBIDO FAZENDO O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA COLIDIR NA PARTE LATERAL TRASEIRA ESQUERDA. QUE O CONDUTOR DO VEICULO CAUSADOR DA COLISÃO SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO. O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA FOI SOCORRIDO PELA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR PARA A UPA DE OLINDA-PE. POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

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



EVALDO VICENTE FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: GUSTAVO MORAIS DE MELO - Matrícula: 273105-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	1070.063.814-70	Evaldo Vicente Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	Evaldo Vicente Ferreira			6 - CPF:	070.063.814-70		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Vila Bela Vista	9 - Número:	892	10 - Complemento:		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Paudalho	13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55825-000	
15 - E-mail:	marceloassessoria@hotmail.com					16 - Tel.(DDD):	81 97915-3756

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 7728 CONTA: 16541 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varnascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

MORTE

NAO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha	
39 - 2º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha	
Assinatura da testemunha			

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

070.063.814-70

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Olárie 18/05/2019

Evaldo Vicente Ferreira

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



BANCO ITAU S/A CONSULTA POSICAO POUPANCA

AGENCIA 7728 DATA 18/07/2019 HORA 13.46.02
CP 16541-1/500 EVALDO VICENTE FERREIRA
CPF 070.061.814-70 TIPO - INDIVIDUAL
POUPANCA MULTIDATA:
DIA/CTA SDO DISP BRUTO SDO DISP BRUTO
ATE 3/5/12 A PARTIR 4/5/12
* MOVIMENTACAO DO DIA *
CREDITOS 20,00
* POSICAO EM 18/07/2019
(+) SDO PARCIAL C/P 20,00
(=) SALDO C/P 0,00
(=) SDO DISPONIVEL LIQUIDO 20,00
-----FIM





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000801 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr("). EVALDO VICENTE FERREIRA , 34 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 7136747 SDS-PE , inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 070.061.814-70, residente à RUA ENG RAMOS, nº 00892, , QUADALAJARA, PAUDALHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/01/2019, por volta das 17:27 hs, no endereço: AV. GETULIO VARGAS, 1445, BAIRRO NOVO OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA CG VERMELHA PFJPFJ-8469-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(") EVALDO VICENTE FERREIRA , inscrito sob o CPF nº 070.061.814-70 e Registro Geral nº 7136747, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940118-0 LAERCIO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA, Registrado(a) com o prontuário nº 497772. Ficou aos cuidados do médico JESSICA FERNANDES, registro 26246. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000801

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 19

ITAU - 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: 02/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVALDO VICENTE FERREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07728

CONTA: 000000016541-1

Autenticação:

21E64CB7581FC415CC7B991356A2AB568B7FA3F0B58BFBF6B472E9DD06F9C94B



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 20

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Evaldo Silvante Ferreira

RG nº 7.136.742, data de expedição 24/02/02, Órgão S DSC/PE

CPF nº 070.063.844-70, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Bela Vista</u>
Número	<u>89c</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Paudalho</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55825-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>manaus.cirrusone@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda, 18/07/2019

Assinatura do Declarante: Evaldo Silvante Ferreira



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE EVALDO VICENTE FERREIRA CPF: 070.061.814-70	DATA DE VENCIMENTO 19/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 57,30	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 070108002	CONTA CONTRATO 007010005609 Nº DO CLIENTE 2010215094 Nº DA INSTALAÇÃO 0002281637
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA VI BELA VISTA 892 PAUDALHO/BELA VISTA 55825-000 PAUDALHO PE			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	65,00	0,78063095	50,74					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,68					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,25					
ICMS Subvenção-CDE-NF 062412243-17/05/19			0,23					
Bônus ITAIPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,50					
TOTAL DA FATURA			57,30					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
51,42	25,00	12,85	51,42	0,82	0,42	51,42	3,81	1,95

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000	nWh	
JUL 19		65	
JUN 19		88	
MAI 19		38	
ABR 19		32	
MAR 19		80	
FEV 19		53	
JAN 19		70	
DEZ 18		84	
NOV 18		98	
OUT 18		85	
SET 18		78	
AGO 18		77	
JUL 18		51	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MÉTODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003150731204	CAT	17/06/2019 2.244,00	18/07/2019 2.309,00	31	1.00000	0,00	65,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/08/2019							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	PAUDALHO	9,12	5,55	11,10	22,21
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,38	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		9,12	3,20	0,08	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 19,39					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES					
Pague no ponto mais perto de você! confiança farma: rua padre emílio 254 centro / tudo para festas: rua são severino guadalajara lista completa em www.celpe.com.br ."					
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br .					
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.					
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.					
Pagto, em atraso gera multa 2% (Res14/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês					
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.					

NIVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI			
CONTA CONTRATO 007010005609	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 57,30	VENCIMENTO 19/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000001 573000110075 010005609108 141681794430



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





UPA OLINDA - OLINDA

Atendimentos: 1402270
Data e Hora: 02/01/2019 18:37

Senha da Classificação:

0323

Paciente: 497772 EVALDO VICENTE FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1985 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JANEIDE CAVALCANTE FERREIRA Nome do Pai:

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Bairro: CENTRO

Endereço: GUADALAJARA

232

Cidade/UF: PAUDALHO

PE Cep: 55825000

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 12:50

Queixa Principal

Exame Físico

Exame físico normal. Sist. pulmonar: Ausculta normal. Sist. cardíaco: R禮 regular, sem sopros. Sist. digestivo: Abdomen normal, sem dor.

Hipótese Diagnóstica

Hipótese diagnóstica: Infecção urinária. Sintomas: Dolor pélvico, frequente e intenso.

Conduta Terapêutica

Conduta terapêutica: Prescrição de antibióticos. Rx: Cefalotina 500mg 3x/dia.

Prescrição Médica

Prescrição médica: Rx: Cefalotina 500mg 3x/dia. Rx: Cetofenodol 200mg 3x/dia. Rx: Paracetamol 500mg 3x/dia.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbó/Médico



1402270

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>

Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 23

UPA 24 HORAS - OLINDAResumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora referida da senha: 02/01/2019 18:35**PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Nome Paciente:	EVALDO VICENTE FERREIRA
Cód. Paciente:	497772
Data de Nascimento:	13/02/1985
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	0323
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 02/01/2019 18:36 - 02/01/2019 18:36

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Qualxa Principal:

TRAZIDO PELO C B RELATO TRAUMA MSE+ LESAO CORTO CONTUSO

Observação:

ALERG - DM - HA S-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/01/2019 18:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 24

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : 1661950

Nome : Eraldo Vicente Fonseca

Foi atendido às 01 17 h do dia 03/01/2019

Diagnóstico Provável TCE lue

data da alta 03/01/2019

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Volter ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação :

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163





Hospital das Clínicas
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente:

Nº do Registro:	Clínica:	Leito:
-----------------	----------	--------

Esudo médico

Declaro para os devidos fins,
que o senhor Euclio Vicente
Ferreira de 34 anos, apresenta
diseco artrose em partes
escolares.

Além disso, apresenta sindrome
poliartrite complexa-mórbida.

CID: R52.2

nº 34

Cód. 3016.0266

Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – 50.740-900, Recife-PE Fone: (081) 21216.3633

Dr Lopes
Pediatria-Traumatologista
CRM-PE: 26616

08/05/19

*PS: Essa patologia pode ocorrer
desenvolver formações malaciais.*





HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA



RELATÓRIO DE ALTA E ORIENTAÇÕES PARA O DOMICÍLIO

PACIENTE: EVALDO VICENTE FERREIRA	ADM: 23.04.19
REGISTRO: 1004266-6	ALERGIAS: NEGA
DATA ALTA: 26.04.19	DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1991

RESUMO DA ALTA

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CAMINHÃO) DIA 02/01/19, COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, ONDE APRESENTOU UMA FRATURA TRATADA COM GESSO, E APÓS RETIRADA DE GESSO, RELATA INCAPACIDADE DE FLEXO-EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, COM DOR A MOBILIZAÇÃO. INTERNA ELETIVAMENTE PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

HD: PSEUDOARTROSE DE PUNHO ESQUERDO

CIRURGIA: ARTRODESE DE PUNHO ESQUERDO.

EQUIPE: DRA GISELLY VERISSIMO, DR JOSE ERNANDO, DR LEONARDO SAMPAIO.

ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA

1. RETORNAR NO DIA 08/05/19, AS 07H, AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA, PARA REVISÃO CIRÚRGICA COM DRA GISELLY VERISSIMO, (SEMPRE TRAZER TODOS OS EXAMES);
2. NÃO RETIRAR CURATIVO ATÉ RETORNO;
3. MOBILIZAR OS DEDOS LIVREMENTE;
4. ANALGESIA SE NECESSARIO, CONFORME PRESCRIÇÃO;
5. EM CASO DE DÚVIDAS, LIGAR PARA 2126-3673.

RECIFE, 26/04/2019

MÉDICO



AV. PROFESSOR MORAES REGO, 1235, CD UNIVERSITÁRIA - CEP 50670-901 - RECIFE/PE
FONE (81) 2126-3658 FAX (81) 2126-3945/2126-3947/2126-3658



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 27

08/05/19 12º DPO

34 ANOS

Paciente com queixa de dor esterno sem
alargamento do peito e (E).

Bco.
União da face do momento com
músculos.

CLAVO

Dr. Heitor Lopes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PF 22714

OTROS

Bruxismo periorbitário.

Exame: 19/06/19 225 02h

19/06/19

Paciente retorna com queixa de
disfagia/painel nas fossas de nariz (E).

Ex.: Cough

Não evolução consoladora de máscara
com fisioterapia mors

- corticosteroides

- retorno 10/07/19

Dr. Heitor Lopes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PF 22714

10/07/19 - 10 h sinal tristal

Paciente ainda não relata
fimotropia.

em) Agende fimotropia

Retorno 16/07/19

Dr. Tito Correia Filho
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PF 42714





HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA
RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

Registro:

DATA:

Enedina Vieira Ferreira
1004266-6

lado

Pacut w batura
l quod d mto medo 02/01/19
endurece w p d plos thid
ren deno.

5823

10/07/19

Cód.3016.026

Dr. Tito Cordeiro Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 22750

Av. Prof. Moraes Rego S/N Cid. Universitária 50-740-900. Recife- Fone: (081) 2126.363





Hospital das Clínicas
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente:

Nº do Registro:	Clínica:	Leito:
-----------------	----------	--------

Louvo nogueira

Declaro para os devidos fins,
que o senhor Louvo Nogueira
Feminino de 34 anos, apresenta
diseos artificiais em pernas e
estávado.
Aém disso, apresenta seio e
polenos capazes de causar

E.D.: 1252.2

m.g.

Dr. Lopes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE: 26616

08/05/19

Cód. 3016.0266
Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – 50.740-900, Recife-PE Fone: (081) 21216.3633

PS: Essas artesias não devem
ser usadas durante exercícios.



Carpina, 23 de agosto de 2019.

À

Seguradora Líder dos Consórcios Seguro DPVAT

Setor: Administrativo

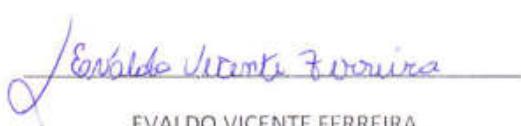
Vitima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Sinistro: 3190/449445

Venho por meio desta comunicar a esta seguradora que sofri o acidente o dia 02/01/2019 e fui socorrido para Upa de Olinda onde lá me encaminharam para o Hospital da Restauração para fazer um exame da face que não constatou nada e me deram alta para voltar para a Upa de Olinda, não fiz a cirurgia de imediato por conta do médico que não verificou que a fratura do punho e do tornozelo era caso cirúrgico, fez o procedimento conservador com o gesso e me deu alta médica, ele informou que era para passar um mês com o gesso e retirasse o mesmo em casa, quando tirei percebi que ainda estava muito inchado o punho e o tornozelo, foi aí que procurei atendimento em outros Hospitais e não tinha médicos para meu caso, decidi ir para a Upa de Paudalho onde tive o atendimento e fui transferido para o hospital de Limoeiro onde constataram a fratura e fui direto para o hospital das Clínicas onde fiz a cirurgia. Peço então que libere minha perícia para comprovar a minha seqüela e assim concluir com meu processo, caso queiram podem fazer uma auditoria para confirmar o que falo, Se não tiver nenhuma resposta positiva estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

Atenciosamente,



EVALDO VICENTE FERREIRA

CPF: 070.0061.814-70

FONE PARA CONTATO: (81) 99138-2325 / (81)97915-3756



Paciente: Evaldo Vicente Ferreira

Prontuário: 10042666

Data de Nascimento: 13/02/85

Convênio: SUS/

Data do Exame: 04/06/2019

Registro: 1001911

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO

HISTÓRIA: Fratura de tornozelo direito

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Wilson Tiburcio de Moraes

TÉCNICA: Foram realizados cortes utilizando a técnica multislice, na região de interesse, sem contraste.

ACHADOS:

1. Traço de fratura incompleta na superfície articular do pilão tibial, sem fragmentos destacados ou desalinhamento ósseo, medindo cerca de 2,0 cm. A critério clínico, complementar avaliação por RM para caracterização de edema da medular ósseo associado.
2. Pequeno derrame articular tibiotalar.
3. Acentuação difusa do trabeculado ósseo.
4. Edema do subcutâneo maleolar bilateral.
5. Demais superfícies e espaços articulares integros.
6. Musculatura simétrica, com valores de atenuação usuais.



MR3 Afrânio Magalhães – CRM 24570

Dra Renata Cardoso – CRM 16862

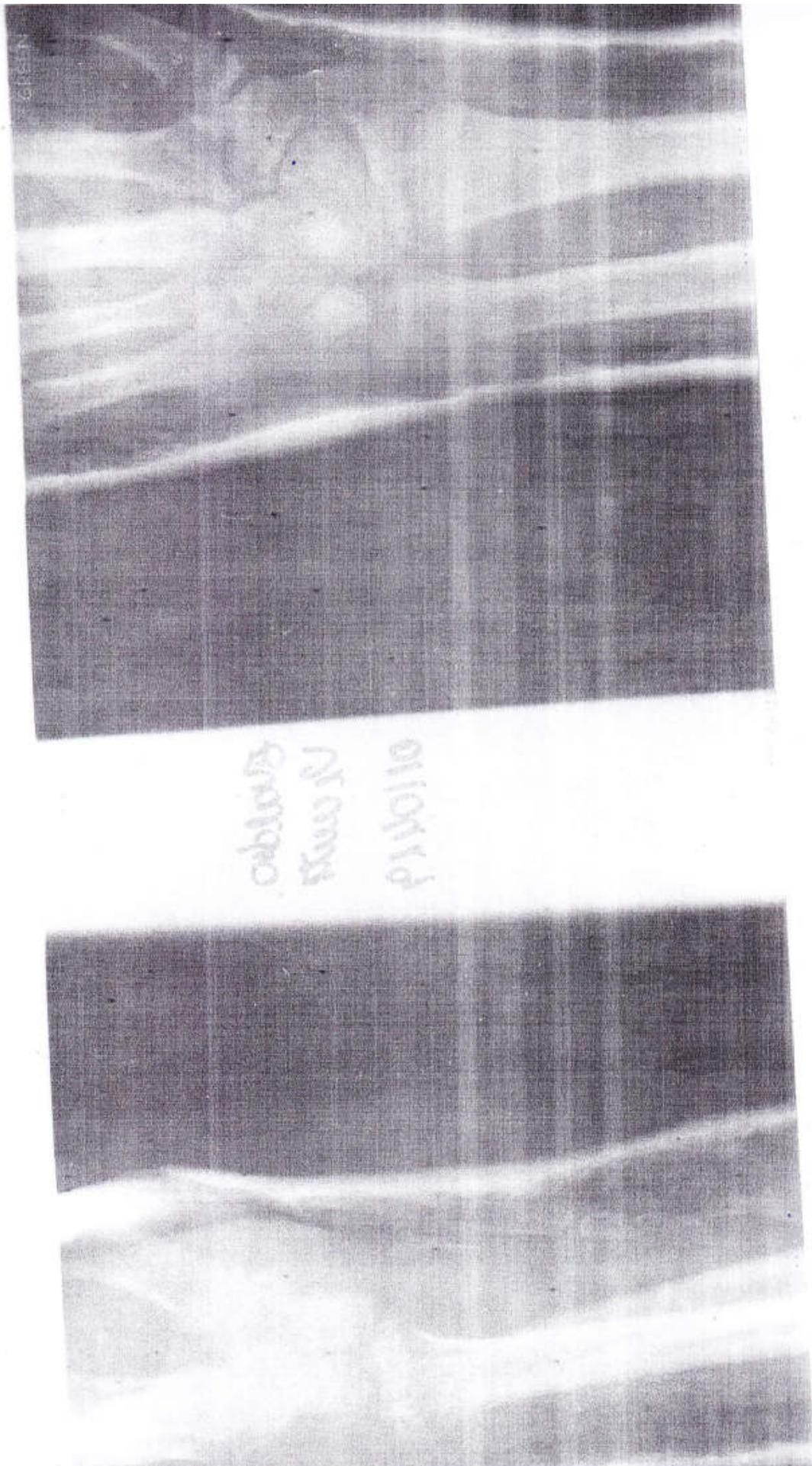
1

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 | Fone PABX: (81) 2126.8000



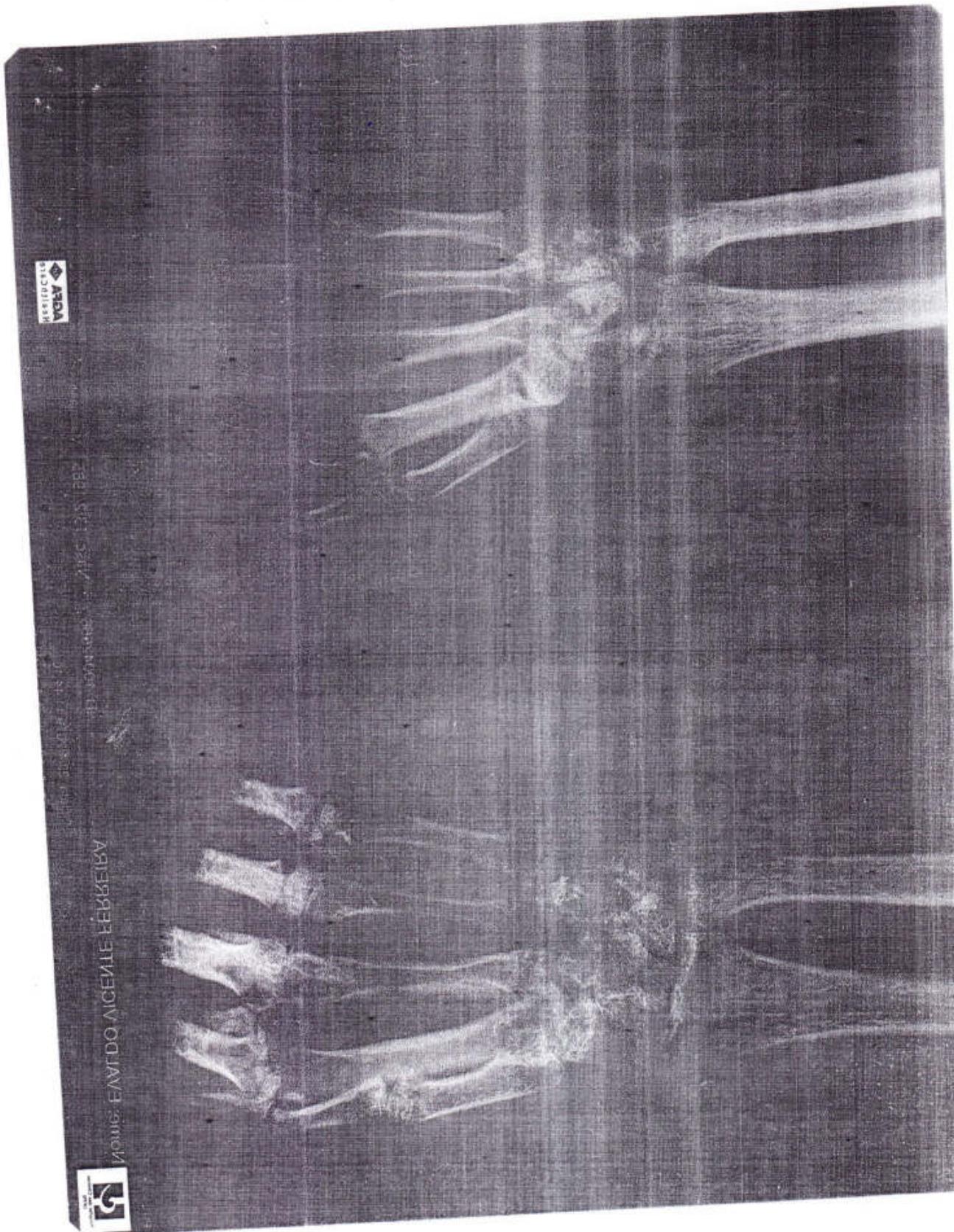
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 33



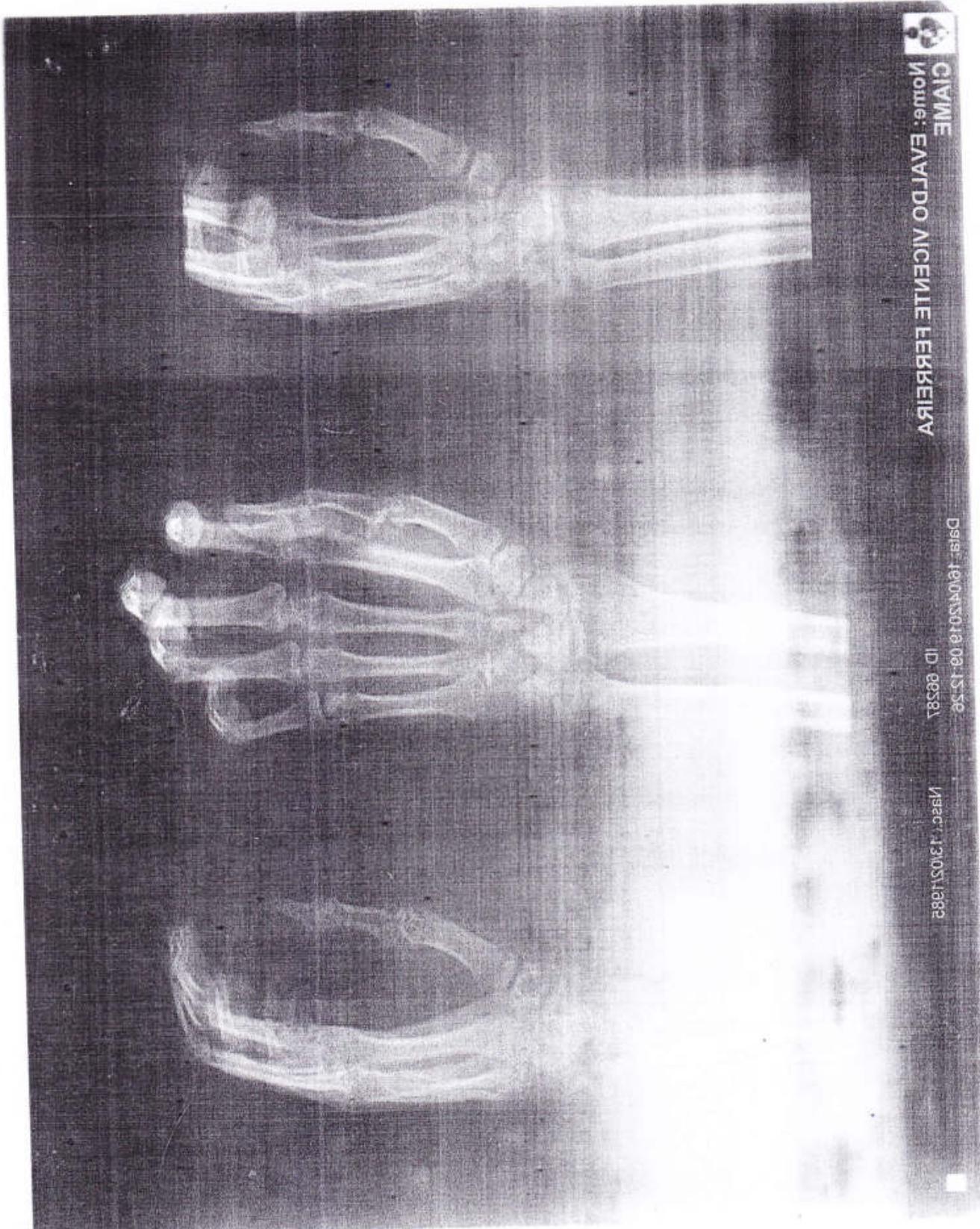
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 35



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 36



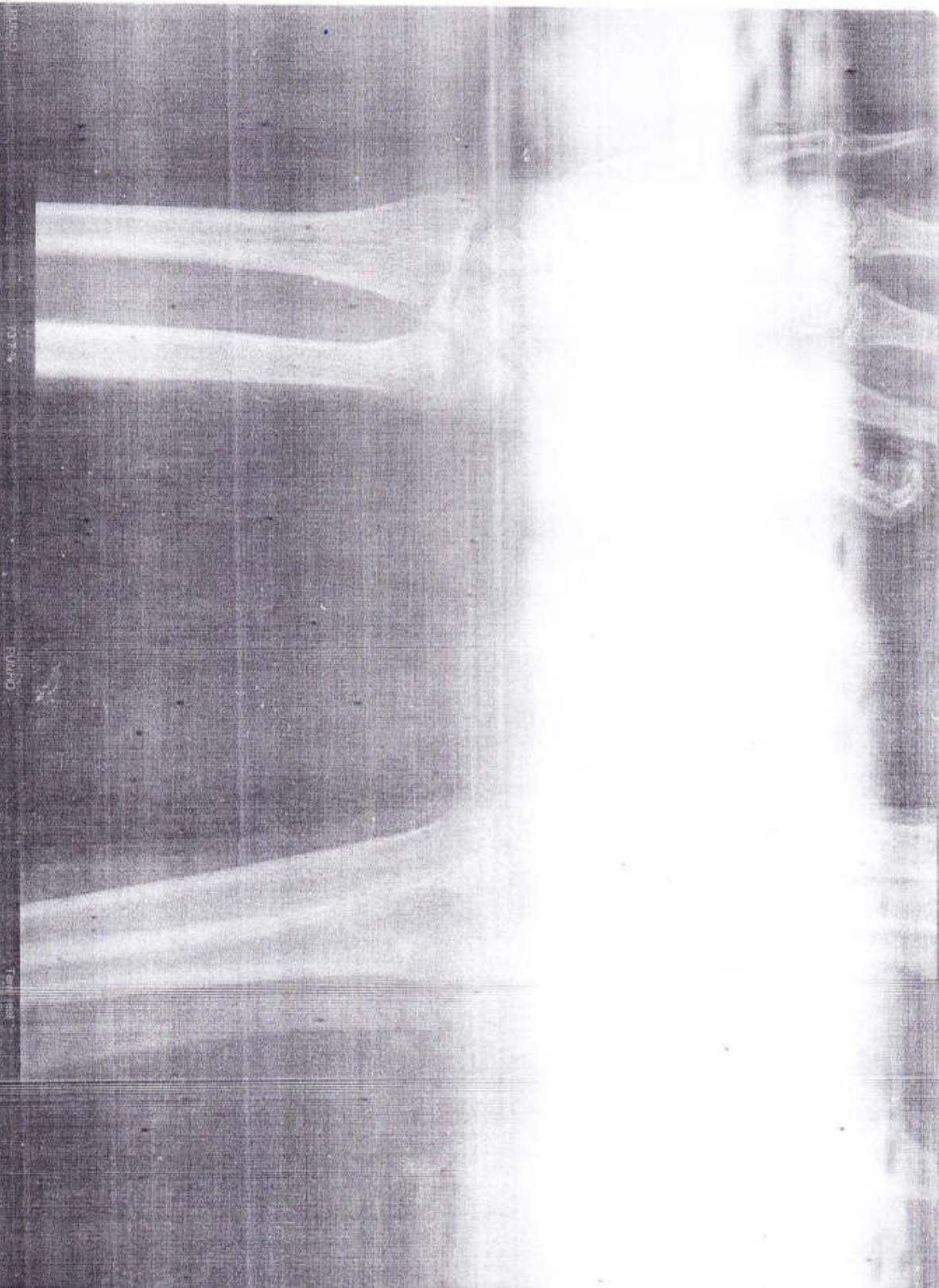
Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data: 23/4/2019 11:44:10

ID: 1004266

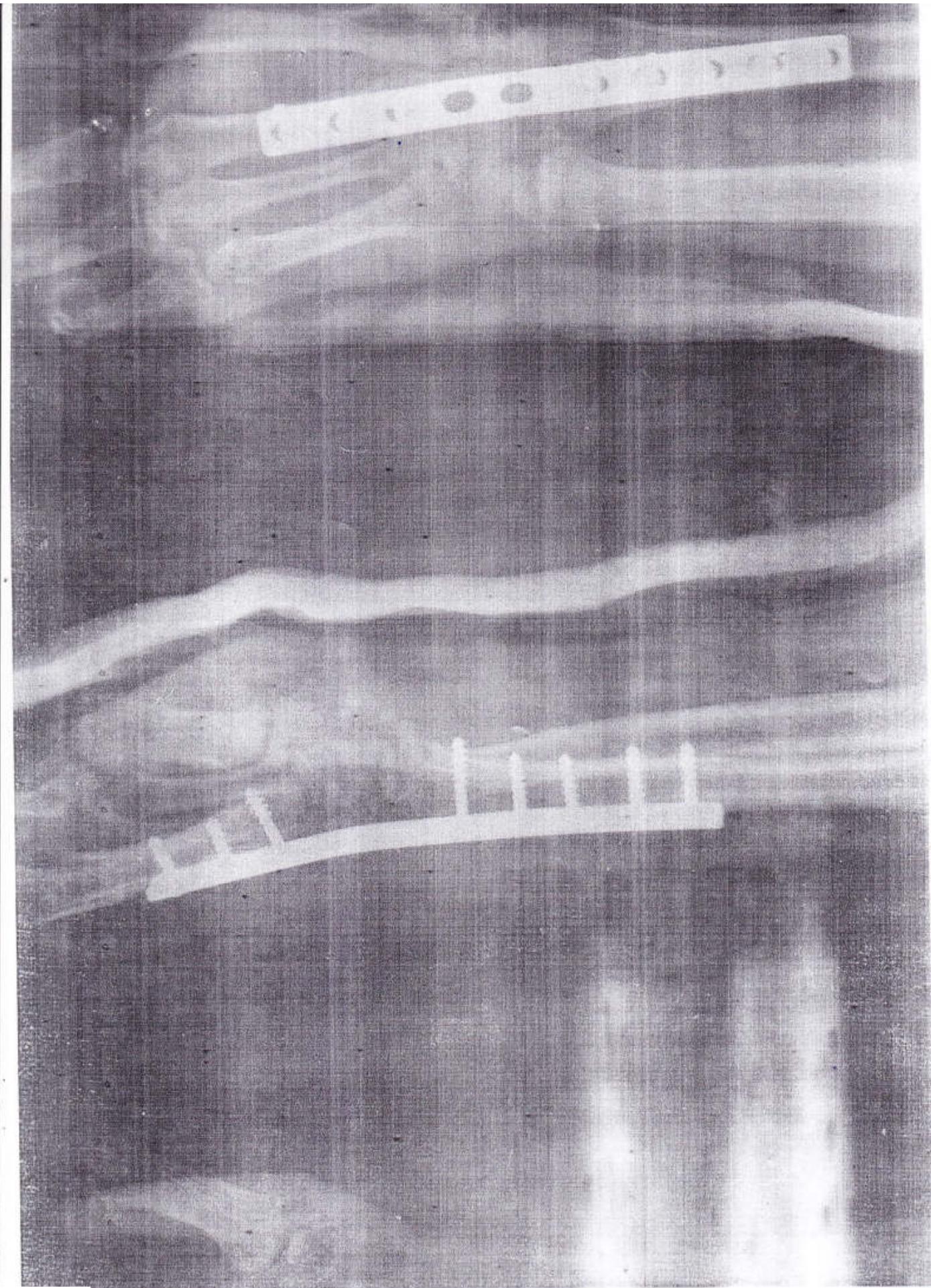
Nasc: 13/2/1985

Masculino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 38



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 39



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 10:57:47
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073010574748200000064280378>
Número do documento: 20073010574748200000064280378

Num. 65509209 - Pág. 40



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **070.061.814-70**

Nome: **EVALDO VICENTE FERREIRA**

Data de Nascimento: **13/02/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/09/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:14:26** do dia **19/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **DCC5.7CCD.77DB.37FA**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

