



Número: **0026622-79.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
FABIO DA COSTA PEREIRA (AUTOR)	
	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO(A)) VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A)) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136773024	30/06/2023 14:12	2884065_JUNTADA_DE_DOCS_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00266227920238172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIO DA COSTA PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:23
Número do documento: 23063014121207000000133597802
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121207000000133597802>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0026622-79.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

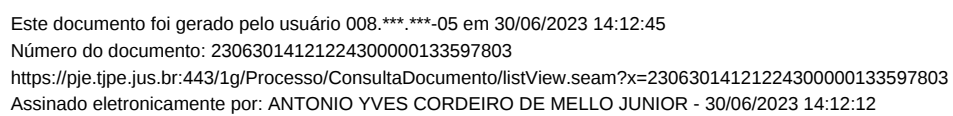
Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
FABIO DA COSTA PEREIRA (AUTOR)	
	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO(A)) VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A)) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136773025	30/06/2023 14:12	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

CPF: 9076998-5

RG: 064.070.584-04

Data Nascimento: 15/05/1983

Endereço: MARCONI ALVES DOS SANTOS, VERA LUCIA GOMES DIONIZIO

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: JOAO PESSOA, PM

Data Emissão: 02/01/2016

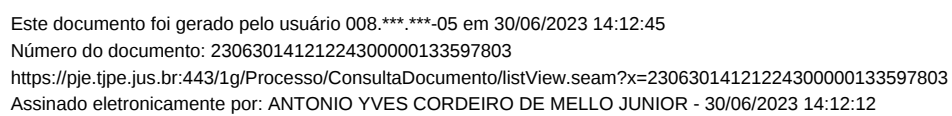
Validade: 03/12/2020

Validade: 10/02/2016

1275534664

1275534664





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO

Nome: **Fábio da Costa Pereira**

CPF: 043.252.714-25
Data de Nascimento: 04/09/1996
Sexo: M
Tipo de Documento: TPC SANG. NACHES

Assinatura: *Fábio da Costa Pereira*

CARTÃO DE IDENTIDADE

ALVARÁ DE 29 DE AGOSTO DE 2021

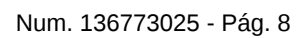
Registro nº: 9.968.589
Data de Emissão: 26/03/2021
Número do Documento: 075679012519961402124300000133597803
Local: Recife - PE 27/11/2020

CPF: 043.252.714-25
Data de Nascimento: 04/09/1996
Sexo: M
Tipo de Documento: TPC SANG. NACHES

Assinatura: *Fábio da Costa Pereira*

Cartão de Identidade



[illegible]

Consultar informações sobre o veículo

Informações sobre o veículo

Placa: KLG9029

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2JC42209R127937

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2009

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

> NADA CONSTA

☒ VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

☒ Consultar débitos

☒ Consulta de emissão de CRLV

www.detran.pe.gov.br

08/04/2021 11:04

Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

Num. 136773025 - Pág. 9



Consultar informações sobre o veículo

Informações sobre o veículo

- Placa: KLG9029
- Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA
- Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
- Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124
- Cor predominante: PRETA
- Chassi: 9C2JC42209R127937
- Combustível: GASOLINA
- Ano fabricação/ Ano modelo: 2009
- Categoria: PARTIC
- Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

-  RESTRIÇÕES
- > NADA CONSTA

☐ VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

 Consultar débitos

 Consulta de emissão de CRLV

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137964/21

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF: 132.251.714-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

FABIO DA COSTA PEREIRA : 132.251.714-25

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 22/06/2021
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 22/06/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

3210173971

Data da solicitação:

14/07/2021

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF do beneficiário:

132.25A.714
25

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81)

99700-1998

Tel. Comercial: ()

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, Informe qual(is)documentos estão
sendo entregues:☐ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☒ Outros: DOC IMAGEM

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOLICITO REANÁLISE DO MEU PROCESSO POLS SOBRE
FRATURA EM MINHA FACE (NARIZ) ATÉ O PRESENTE
MOMENTO ME ENCONTRO COM SEQUELA (DESVIO EM
MEU NARIZ, SOLICITO SER AVALIADO POR UM
MÉDICO DA LÍDER PARA VERIFICAR A MINHA
SEQUELA E SER LIBERADO O VALOR AQUE TENHO
DIREITO.

SURUBIM, 14/07/2021

Local e Data

FABIO DA COSTA PEREIRA

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a logo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizados:

O não alfabetizado deverá escolher alguém de sua confiança, alfabetizado, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido ou seu nome.



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292396

Cidade: Conde

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Data do acidente: 04/05/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.6,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210173971

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

Data do acidente: 26/03/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DA FACE E FRATURA DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1 BAM/ 2/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210173971

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

Data do acidente: 26/03/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DA FACE E FRATURA DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1 BAM/ 2/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292396

Cidade: Conde

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Data do acidente: 04/05/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.6,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Anderson Vinicius Dionizio dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua Amadeu de Almeida nº 511 bairro N. Sra. da Conceição Município de Camde Estado de(o) PA Cep: 35000-000 portador(a) do Rg nº 3076093 SSP/ e CPF nº 064.070.536-04

Outorgado: João Eduardo de Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Barão Fyfe nº 157 bairro Venezuela Município de Camde Estado de (o) PA Cep: 35000-000 portador (a) do RG nº 1053156 SSP/ e CPF nº 455.536.070-95

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Anderson Vinicius Dionizio dos Santos ocorrido em 04/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Santos Processo de natureza imobiliária

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Eduardo de Silva 22 de Julho de 2020.

CARTÓRIO

JOSELO ALVES BATISTA

Outorgante

CPF Nº 064.070.536-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

VB 7-0110101-101M

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-02402

Reconheço por autenticidade a firma de
ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Dou fe, em instrumento de verdade, João Paulo - PB, 22/07/2020, 13h30, João Paulo

EMOK: P5.10.22 P5.10.24 P5.10.26 P5.10.28 P5.10.30

SELO DIGITAL: AKE42095-0000

Confira a autenticidade em <https://revalida.gub.br/gub>

JOSELO ALVES BATISTA - ESCRIVÃO AUTORIZADO

SERVIÇO NOTARIAL
2º Ofício
Distrito
Rua 6 de Abril
Araújo, 40 - Mar
VIEIRA B

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	FABIO DA COSTA PEREIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	9.968.589 SSP/PE CPF: 132.251.714-25
DATA DO ACIDENTE:	26/03/2020
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	FABIO DA COSTA PEREIRA
ENDEREÇO:	RUA MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO Nº 501 - SÍTIO MIMOSO - SURUBIM CEP: 55750-000

OUTORGADO

NOME-	ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE-	4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO-	RUA JORD BATISTA, 370 - CENTRO SURUBIM - PE CEP - 55750-000

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM, 22 DE JUNHO DE 2021

Fabio da Costa Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	FABIO DA COSTA PEREIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	9.968.589-50/PE CPF: 132.251.714-25
DATA DO ACIDENTE:	26/03/2020
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	FABIO DA COSTA PEREIRA
ENDEREÇO:	RUA MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO Nº 501 - SÍTIO MIMOSO - SURUBIM CEP: 55750-000

OUTORGADO

NOME-	ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE-	4.810.389-56/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO-	RUA JORD BATISTA, 370 - CENTRO SURUBIM - PE CEP - 55750-000

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM, 22 DE JUNHO DE 2021

Fabio da Costa Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	FABIO DA COSTA PEREIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	9.968.589 SSP/PE CPF: 132.251.714-25
DATA DO ACIDENTE:	26/03/2020
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	FABIO DA COSTA PEREIRA
ENDEREÇO:	RUA MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO N.º 501 - SÍTIO MIMOSO - SURUBIM CEP 55750-000

OUTORGADO

NOME:	ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE:	4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO:	RUA JOAO BATISTA, 370 - CENTRO SURUBIM - PE CEP 55750-000

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM, 22 DE MAIO DE 2022

Fabio da Costa Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137964/21

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF: 132.251.714-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

FABIO DA COSTA PEREIRA : 132.251.714-25

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 22/06/2021
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 22/06/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016363/22

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF: 132.251.714-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

- Comprovante de residência
- Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
- Documentos de identificação
- Procuração

FABIO DA COSTA PEREIRA : 132.251.714-25

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146809/21

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF: 132.251.714-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

FABIO DA COSTA PEREIRA : 132.251.714-25

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 14/07/2021
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 14/07/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45
Número do documento: 23063014121224300000133597803
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229291/20

Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

CPF: 064.070.534-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2020

Titular do CPF: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS : 064.070.534-04

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/08/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45
Número do documento: 23063014121224300000133597803
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292396

Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

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 nº 16044766



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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200292396 Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004188

Conta: 000001097595-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01017/01018 - carta_15R - INVALIDEZ





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, 29 de Junho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210173971 Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

Data do Acidente: 26/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO DA COSTA PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

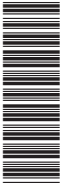
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 26/03/2020, emitido pelo Dr. LARISSA EVELYN CRM nº 28189 - PE, da Instituição UPA PREFEITURA DE SURUBIM, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00995/00996 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 16934704





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, 20 de Julho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210187331 Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

Data do Acidente: 26/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO DA COSTA PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00631/00632 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 16971647



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220030155

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO DA COSTA PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 17203768

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 064.070.534-04 4 - Nome completo da vítima: Anderson Vinicius Duenizio dos Santos

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

5 - Nome completo: Anderson Vinicius Duenizio dos Santos 6 - CPF: 064.070.534-04 7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Concelama Coutinho, 31 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: Nova Conceição 12 - Cidade: Bonde 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58322-000 15 - E-mail: (83) 98663-4900

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\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (toda a banca): Nome do BANCO: Santander AGÊNCIA: 4188 CONTA: 010975951

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilito de apresentar a 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 no 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.

Fico ciente e assumo a responsabilidade de apresentar o laudo do IML para fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.334/74 art. 3º, III, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar laudo, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Causa 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 herdeiros (parentes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER, pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preferirem 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R 1.001,00 ATÉ R 1.000,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 92348275

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

INVALIDEZ PERMANENTE

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, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 resíduo (valores)? ☐ 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 à(s) beneficiário(s) que se apresentarem e provarem esta condição, esando 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Nome: 38 - CPF: Assinatura da testemunha: 39 - Nome: 40 - CPF: Assinatura da testemunha:

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):





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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R 1.001,00 ATÉ R 1.000,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 92348275

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

INVALIDEZ PERMANENTE

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, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 resíduo (valores)? ☐ 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 à(s) única(s) beneficiário(s) que se apresentarem e provarem esta condição, escaando 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Nome: 38 - CPF: Assinatura da testemunha 39 - Nome: 40 - CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

132.251.714-25

4 - Nome completo da vítima:

FABIO DA COSTA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

FABIO DA COSTA PEREIRA

6 - CPF:

132.251

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA IMPERIA FRANCISCA

9 - Número:

501

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÍTIO MIMOJO

12 - Cidade:

JURUPAIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55750-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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, 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: NUBANK

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

92348275

2

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ 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 (nascidos)?

☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 049601.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 049601.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 14:14 min do dia 21/07/2020, na Delegacia Online, **ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, nascido(a) em 15/05/1985, idade 35, estado civil Solteiro (a), filho(a) de VERA LUCIA GOMES DIONIZIO e MARCONI ALVES DOS SANTOS, CPF 064.070.534-04, residente e domiciliado(a) no(a) LOTEAMENTO NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, nº 0, complemento LOTE 14, QUADRA 16, bairro CENTRO, na cidade de Conde/PB, CEP: 58322000, telefone(s) 83, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 04/05/2020 08:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 018, CENTRO, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA CG 125 FAN ES, ANO/MOD 2011/2011, COR ROXA, PLACA OEV 4207/PB, CHASSI 9C2JC4120BR701587, em nome de MARIA DE FATIMA DO N SANTOS, CPF de nº 93029055434, quando vinha na PB 018 sentido Conde, um veículo não identificado fez uma manobra indo a colidir na moto, perdeu controle da moto caindo ao solo sendo socorrido pelo SAMU para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expago a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS

71696CA389D3814B7E02897C7B167983

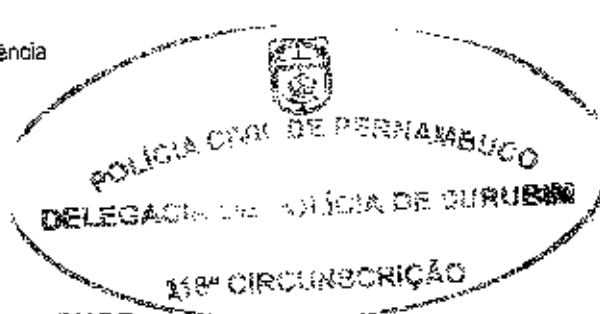
Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel: (83) 3612-8612 (8h-18h). E-mail: delegaciaonline@sedes.pb.gov.br.



Nº 049601.01.2020.0.00.704

1/1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0206000988**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **13:48**

Complementa o BO Número: **21E0206000982**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MANDURI, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE** - Bairro: -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55750-000** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

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

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA GOMES DA COSTA** Pai: **EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA** Data de Nascimento: **4/9/1996** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9968589/SDS/PE (RG), 13225171425 (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
- **81981488411**

Residencial: **SITIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL, SURUBIM-PE**
- CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLG9029** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **174895631** Chassi: **9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

file:///C:/Users/SDS/.infopot-5.0.9/xml/BOEPreview.html

1/2



18/06/2021

Boletim de Ocorrência

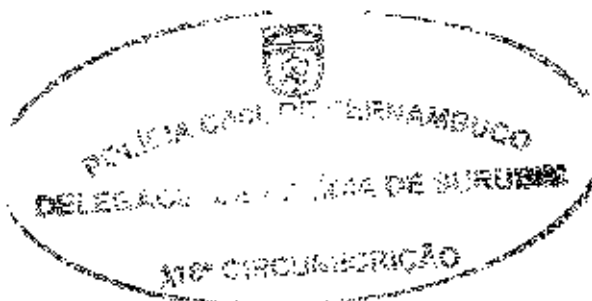
NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SRº FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANecendo NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

Fábio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

[Assinatura]

B.O. registrado por: EDVALDO JOSE DA SILVA - Matrícula: 3810267
(Liberado em 18/06/2021 às 13:50)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0206000982**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2021** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MANDURI, 01 - Bairro: - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55750-000 -**
Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência}, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

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

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINALVA GOMES DA COSTA Pai: EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA Data de Nascimento: 4/9/1996 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9968589/SDS/PE (RG): 13225171425 (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Telefones Celulares: - 81981488411

Residencial: **SÍTIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO, que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO DA COSTA PEREIRA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: {UNIDADE NÃO INFORMADA}**

Placa: **KLG9029 (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: 174895631 Chassi: 9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009 Combustível: GASOLINA**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SRº FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA

file:///C:/Users/SDS/.infopol-5.0.9/xm/BOEPreview.html

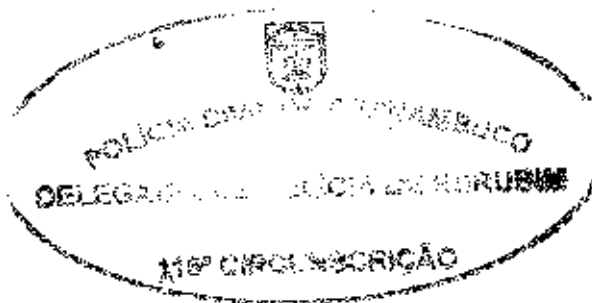
1/2

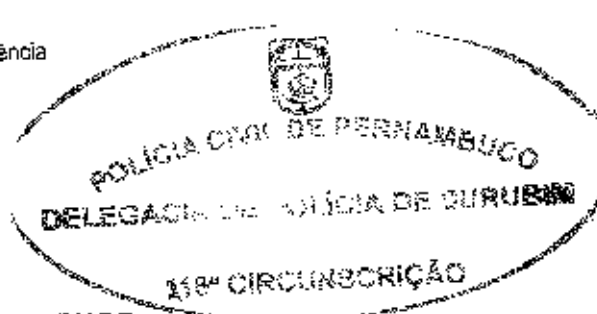
ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANecendo NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

Fabio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**
(Liberado em **18/06/2021** às **10:11**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0206000988**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **13:48**

Complementa o BO Número: **21E0206000982**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MANDURI, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE** - Bairro: -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55750-000** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

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

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA GOMES DA COSTA** Pai: **EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA** Data de Nascimento: **4/9/1996** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9968589/SDS/PE (RG), 13225171425 (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
- **81981488411**

Residencial: **SITIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL, SURUBIM-PE**
- CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

FABIO DA COSTA PEREIRA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KL69029** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **174895631** Chassi: **9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

file:///C:/Users/SDS/.infopot-5.0.9/xml/BOEPreview.html

1/2



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

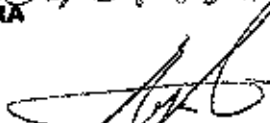
18/06/2021

Boletim de Ocorrência

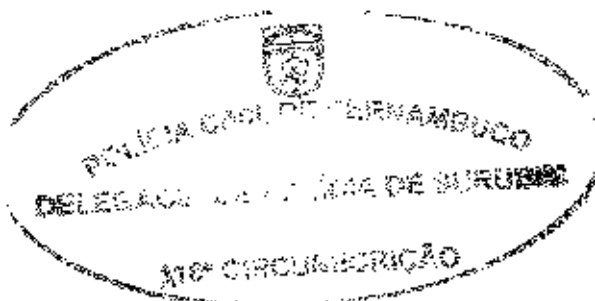
NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SRº FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANecendo NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

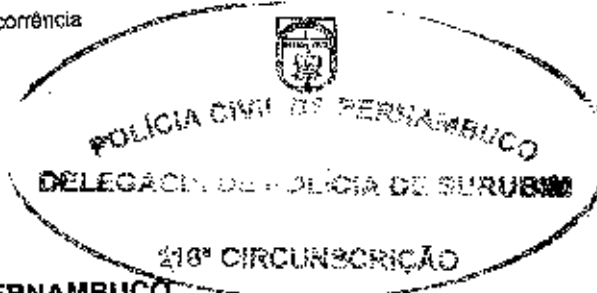
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Fábio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)



B.O. registrado por: EDVALDO JOSÉ DA SILVA - Matrícula: 3810267
(Liberado em 18/06/2021 às 13:50)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0206000982**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2021** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MANDURI, 01 - Bairro: - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55750-000 -**
Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: {Usado na geração da ocorrência} , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

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

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINALVA GOMES DA COSTA Pai: EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA Data de Nascimento: 4/9/1996 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9968589/SDS/PE (RG): 13225171425 (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Telefones Celulares: - 81981488411

Residencial: SÍTIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO, que estava em posse do(a) Sr(a): FABIO DA COSTA PEREIRA

Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: {UNIDADE NÃO INFORMADA}

Placa: KLG9029 (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: 174895631 Chassi: 9C2JC42209R127937 Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SR* FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA

file:///C:/Users/SDS/.infopol-5.0.9/xm/BOEPreview.html

1/2

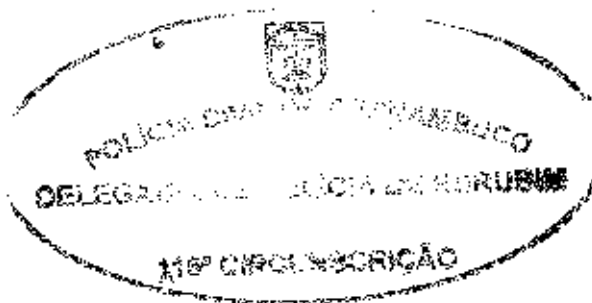


ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANecendo NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

Fabio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**
(Liberado em **18/06/2021** às **10:11**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0206000988**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **13:48**

Complementa o BO Número: **21E0206000982**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MANDURI, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE** - Bairro: -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55750-000** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

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

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA GOMES DA COSTA** Pai: **EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA** Data de Nascimento: **4/9/1996** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9968589/SDS/PE (RG), 13225171425 (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
- 81981488411

Residência: **SITIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL, SURUBIM-PE**
- CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLG9029 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Renavam: **174895631** Chassi: **9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação



NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SR' FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRINEIROS SOCORROS PERNACENDO NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

Fábio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**
(Liberado em **18/06/2021 às 13:50**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0206000982**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2021** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MANDURI, 01 - Bairro: - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55750-000 -**
Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**.

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

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

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINALVA GOMES DA COSTA Pai: EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA Data de Nascimento: 4/9/1996 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9968589/SDS/PE (RG), 13225171425 (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Telefones Celulares: - 81981488411

Residencial: **SITIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLG9029 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Renavam: **174895631** Chassi: **9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SR' FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA

file:///C:/Users/SDS/.infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html

1/2



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRINEIROS SOCORROS PERNACENDO NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

a Folha da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**
(Liberado em **18/06/2021** às **10:11**)



1 - 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: 064.070.534-04 4 - Nome completo da vítima: Anderson Vinicius Duenizio dos Santos

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

5 - Nome completo: Anderson Vinicius Duenizio dos Santos 6 - CPF: 064.070.534-04 7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Concelama Coutinho, 31 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: Nova Conceição 12 - Cidade: Bonde 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58322-000 15 - E-mail: (83) 98863-4900

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (toda a banca): Nome do BANCO: Santander AGÊNCIA: 4188 CONTA: 010975951

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilitado de apresentar a 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 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.

Fico ciente, assinando, de que a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.334/74, art. 3º, III, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar laudo emitido do seu corpo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Causa 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 herdeiros (parentes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER, pagando, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preferirem 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 - 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 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 30/08/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Anderson Vinicius Duenizio dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019



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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

132.251.714-25 FABIO DA COSTA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: 6 - CPF:

FABIO DA COSTA PEREIRA 132.251

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

AGRICULTOR RUA MARIA FRANCISCA 501 CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

SÃO MIMOJO SUPURUBÁ PE 55750-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

CE 81-99700-1998

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R 1.001,00 ATÉ R 1.000,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 92348275

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

INVALIDEZ PERMANENTE

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, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 resíduo (valores)? ☐ 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 à(s) beneficiário(s) que se apresentarem e provarem esta condição, escando 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):





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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R 1.001,00 ATÉ R 1.000,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 92348275

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

INVALIDEZ PERMANENTE

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, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 resíduo (valores)? ☐ 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 à(s) beneficiário(s) 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Nome: 38 - CPF: Assinatura da testemunha 39 - Nome: 40 - CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Declaração de Inexistência de IML

[X] 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.



COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2020
NUMERO DO DOCUMENTO: 320029239601
VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

BANCO: 033
AGÊNCIA: 04188
CONTA: 000001097595

Número da Autenticação
AD2F376B7C647F6A



BOLETO PARA PAGAMENTO



Boleto para pagamento de energia elétrica

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 210, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58079-000
CNPJ 03.045.923/0001-40 - Ins. Est. 10.215.421-0

Nº 047276.504

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
ANDERSON VINÍCIOS DIONIZIO DOS SANTOS RUA COROLANO COUTINHO S/N CONDE			5/1466791-9	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2020	10/07/2020	199	06/08/2020	R\$ 188,01

Assinatura eletrônica do usuário

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912006 17605.426171 1 83390000018801				
Pagador: ANDERSON VINÍCIOS DIONIZIO DOS SANTOS CNPJ/CPF: 054.070.534-01				
RUA COROLANO COUTINHO S/N - N SHA CONCEICAO - CONDE / PB - CEP 00000-000				
Nome/Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
25249120017306426	001466791202007	06/08/2020	R\$ 188,01	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.				
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R-230, Km 21 - Cristó Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CPF 08.995.162 / 0001-01 - Ins. Est. 16.013.321-0

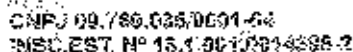
Nº 049.031.040

DADOS DO CLIENTE		CDX - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOÃO PESSOA		5/1698281-1		
VALIDADEZ	EMISSÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	18/06/2020	162	26/06/2020	R\$ 134,03

Valor em português: um

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 17/07/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 016.942.234-45				
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Ricordo-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
318/3440510120254	001698281202008	26/06/2020	R\$ 134,03	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A				08.995.162/0001-00
BR230 KM 25 S/N - CRISTO-REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 1084-32447-3				





ATENDIMENTO: RUA MARTO ESTANISLAU - NUN. - 02005 - SÃO SEBASTIAO: SURUBIM RE-55750-0000

DADOS DO CLIENTE		DATA RECEBIMENTO: 24/09/2020	
NOME: MARIA DE BRITO AGUIAR RUA: R. MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO, N. 501 - SÍTIO MINUSO SUBURBIO PE 55750-000 INSCRIÇÃO: 145.190.145-0108.000 GRUPO: 16-118 AUTOMÁTICO @24598098			
SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A11UB026023	DATA LEIT. ANTERIOR 10/08/2020	DATA LEIT. ATUAL 11/09/2020	TIPO DE CONSUMO (VE) MEDI: HD
AGUA: LEIT ANT: 249 CONSUMO: 1 LEIT ATU: 239 LEIT FAT: 239 LEIT MN PROJ			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSÍLIO			
PARAMETROS	MÚLTIPLO DI AMOSTRAS		
	EXIG. PORT MS 2-914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO LEGIS
07/2020 02			
06/2020 00	TURBIDEZ 60	46	46
05/2020 02	COR APARENTE 60	46	29
04/2020 02	CLORO RESIDUAL 60	46	46
03/2020 02	COLIF. TOTAIS 60	46	46
02/2020 00	E.COLI 60	46	46
MÉDIA 01	Qualidade de Água mm: completa com br		
OBS.: 1) 46 INDICADORES TOTALS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS 2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA 3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS TRANSCOLOR ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSÍLIO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
MÚLTIPLA P/INDICADOR (R\$) 07/2020			0,26
TARIFA CORTADO DEC. 18-25/2004 08/2020			13,22

VENCIMENTO: 25/09/2010 TOTAL A PAGAR: 13,48

MEMPHIS, TENN., (UPI) - A black man, identified only as "A", was shot and killed by a white police officer in Memphis, Tenn., on Tuesday night.





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 51050-000
CNPJ 10.066.010/0001-73 Fone: (81) 3066-4304 (atendimento)

SABOR DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERREIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA 370

CPF 926 234 444-04

CENTRO JURURIM
SARUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Cory Morfina - Morfina

7005749888 04/2021
13/04/2021 05/05/2021
109,35

13/04/2021	05/05/2021
05/05/2021	31/05/2021

CONSUMO	COMERCIAL	RESIDUAL	RESIDUAL
Consumo Alim (Frio) - 150	123,000000	0,4578541	59,21
Consumo Alim (Frio) - 15	123,000000	0,35557561	45,77
Consumo Alim (Frio) - 15			2,33
Consumo Alim (Frio) - 15			5,84
SOMA DA FATURA			109,35

Nº DO	Tipo da	Anterior	Posterior	Anterior	Posterior	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
13/04/2021	BT	05/05/2021	05/05/2021	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35

Item	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
13/04/2021	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35

Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45
Número do documento: 23063014121224300000133597803
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

Item	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
13/04/2021	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35	109,35

7005749888 04/2021 109,35
BANCO DO BRASIL S.A. PAGAVEL EM QUALQUER REDE BANCARIA
00180.00008 03217.476016 27044.872178 4 85880000010935
PASADOR IORF/CHUJENCERCO 945 234 444-04
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERREIRA
RUA JOÃO BATISTA 370
55750-000 SARUBIM PE





CNPJ 09.780.035/0001-64
INSC. EST. Nº 15.190.12814298-2

ALIMENTAÇÃO: RUA MARTO ESTANISLAU - NUN. - 00205 - SÃO SEBASTIÃO
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24588091 - Ago/2020	
MARIA DE BRITO AGUIAR			
R MARIA FRANCISCA DA CUNHEIRO, N. 501 - SÍTIO MINUSO SURUBIM			
PE 55750-000			
INSCRIÇÃO: 145.190.128.12814298-2 GRUPO: 16 (REB. AUTOMÁTICO) 024588098			
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	PÚBLICA
CORTADO	POTENCIAL	1	
RID#OMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	Tipo de consumo (VEI)
A1110626023	10/08/2019	11/09/2020	MED: HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 249 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 239
LEIT FAT: 239 LEIT MN PROJ

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	QTD	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIDA A REGIS.
07/2020	02				
08/2020	00	TURBIDEZ	60	46	46
09/2020	02	COR APARENTE	60	46	29
10/2020	02	CLORO RESIDUAL	60	46	46
11/2020	02	COLIF. TOTAIS	60	46	46
12/2020	00	CLORO	60	46	46

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: 1) 100% DAS AMOSTRAS TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
2) OS PARÂMETROS: COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
3) OS PARÂMETROS: COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

MONTA P/IMPONIBILIDADE 07/2020 0,26
TARIFA CORTADO DEC. 18-25/194 08/2020 13,22

0,00	1,65	3,00
0,00	7,60	3,00

VENCIMENTO: 25/09/2020 TOTAL A PAGAR: 13,48

MENSAGEM

AGRADECER A ATENÇÃO E A QUALIDADE DO SERVIÇO
TOTAL DE R\$ 13,48 - PAGAR EM SEU DEBÍTO



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE. CEP 50060-007
CNPJ 10.985.962/0001-72 e-mail: Est. 0006@cep-pe.com.br

SABON DO CLIENTE
ADRIANA MARIA LOPES DE A. FERREIRES

SHOCK-SEAL OF LUB-LOK CONTAINERS
R-4-CO BATTLES 310

CPF 945 23 44-04

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
85750-000

CLASSE: **CLASSE A**
 TIPO DE RESIDÊNCIA: **RESIDÊNCIA**
 RESIDÊNCIA: **Com Vagas - Manobras**

7005749858	04/2021
13/04/2021	05/05/2021
109,35	

150250E17 020102Z

3079 E
F0057, 12
[20/09/00]

	CONSUMED	PRICE (R)	VALUE (R)
Consumed, Abm (Qty=100)	123,0005000	0,45786841	56,21
Consumed, Abm (Qty=10)	123,0030000	0,35575665	43,77
Adjusted Service Abm (RSL)			2,33
Contrib. Inv. Public Account			0,44

ΣΩΡΑ. ΟΥΦΕΥΙΛΕΜ

109.38

NUMERO NACIONAL 2-272773	TIPO DA FUNDACAO CAT	ANTERIOR		ATUAL		PREMIO CLASSE 10	CONSTANTE	APOSTE	CORRIGIDO POR
		DATA 15-05-2002	LOTURA 1.441,00	DATA 16-04-2003	LOTURA 1.687,00		1,00000		1,3053

		householded community			
		householded		householded	
		householded		householded	
1980-81	100	100	100	100	100
1981-82	100	100	100	100	100
1982-83	100	100	100	100	100
1983-84	100	100	100	100	100
1984-85	100	100	100	100	100
1985-86	100	100	100	100	100
1986-87	100	100	100	100	100
1987-88	100	100	100	100	100
1988-89	100	100	100	100	100
1989-90	100	100	100	100	100
1990-91	100	100	100	100	100
1991-92	100	100	100	100	100
1992-93	100	100	100	100	100
1993-94	100	100	100	100	100
1994-95	100	100	100	100	100
1995-96	100	100	100	100	100
1996-97	100	100	100	100	100
1997-98	100	100	100	100	100
1998-99	100	100	100	100	100
1999-00	100	100	100	100	100
2000-01	100	100	100	100	100
2001-02	100	100	100	100	100
2002-03	100	100	100	100	100
2003-04	100	100	100	100	100
2004-05	100	100	100	100	100
2005-06	100	100	100	100	100
2006-07	100	100	100	100	100
2007-08	100	100	100	100	100
2008-09	100	100	100	100	100
2009-10	100	100	100	100	100
2010-11	100	100	100	100	100
2011-12	100	100	100	100	100
2012-13	100	100	100	100	100
2013-14	100	100	100	100	100
2014-15	100	100	100	100	100
2015-16	100	100	100	100	100
2016-17	100	100	100	100	100
2017-18	100	100	100	100	100
2018-19	100	100	100	100	100
2019-20	100	100	100	100	100
2020-21	100	100	100	100	100
2021-22	100	100	100	100	100
2022-23	100	100	100	100	100
2023-24	100	100	100	100	100
2024-25	100	100	100	100	100
2025-26	100	100	100	100	100
2026-27	100	100	100	100	100
2027-28	100	100	100	100	100
2028-29	100	100	100	100	100
2029-30	100	100	100	100	100
2030-31	100	100	100	100	100
2031-32	100	100	100	100	100
2032-33	100	100	100	100	100
2033-34	100	100	100	100	100
2034-35	100	100	100	100	100
2035-36	100	100	100	100	100
2036-37	100	100	100	100	100
2037-38	100	100	100	100	100
2038-39	100	100	100	100	100
2039-40	100	100	100	100	100
2040-41	100	100	100	100	100
2041					

1. *Elaboración de un plan de trabajo* que permita a los docentes tener una visión general de los contenidos que se abordarán en el curso, así como de los recursos que se utilizarán y de los métodos que se emplearán. Este plan debe ser flexible y adaptable a las necesidades del grupo.

1) The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and the goals that need to be achieved.

[illegible]

FORM 1042-SS	ISSUED	DATED 04/28/21	TOTAL, U.S. PAYABLE (A)	109,35
--------------	--------	----------------	-------------------------	--------

BANCO DO BRASIL S/A PAGAVEL EM QUALQUER REDE BANCARIA

0018900008 03217 475016 27044 872178 4 85890000010035
PAGADOR(CPF/CNPJ) ENDEREÇO 345 234 444-04
ADRIANA MARIA NOURA DE A. FERREIRA
RUA JOAO BATISTA 310
55755-000 SURUBIM PE

အသံထွက်မှု	အသံထွက်မှု	အသံထွက်မှု	အသံထွက်မှု	အသံထွက်မှု
------------	------------	------------	------------	------------



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 30/06/2023 14:12:45
Número do documento: 23063014121224300000133597803
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12



CNPJ 09.789.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SANTO ESTANISLAU - N.º 501 - SÍTIO MINHO SURUBIM
PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24598891 Ago/2020	
MARIA DE BRITO AGUIAR			
R MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO, N. 501 - SÍTIO MINHO SURUBIM			
PE 55750-000			
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2			
INSTRUMENTO: 145.198.555.0108.0001 GRUPO: 10 DEB. AUTOMÁTICO: VL: 4590000			
SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RENDIMENTO 1	TIPO DE CONSUMO DOMICILIO RESIDENCIAL
HORÍMETRO A11100/0023	DATA LEIT. ANTERIOR 10/08/2020	DATA LEIT. ATUAL 11/09/2020	TIPO DE CONSUMO MEDIDA HO
ÁGUA: LEIT ANT: 249 CONSUMO: 1 LEIT ATU: 239 LEIT FAT: 239 LEIT MÊ PROJ			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS
07/2020	02		EXIG. PORT. ANALISES ATENDIM
08/2020	00		MS 2.914/11 REALIZ. A LEGIS
05/2020	02	TURBIDEZ	60 46 46
04/2020	02	COR APARENTE	60 46 29
03/2020	02	CLORO RESIDUAL	60 46 46
02/2020	00	COLIF. TOTAIS	60 46 46
		E. COLI	60 46 46
MEDIA:	01	Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
OBS.: COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
C/205 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
C/205 PARÂMETROS TURBIDEZ/ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2020		0,20	
TARIFA CORTADO DEC. 10 25/1/94 08/2020		13,22	

CONSUMO	0,00	1,65	1,00
TARIFA	0,00	7,60	1,00

VENCIMENTO: 25/09/2020

TOTAL A PAGAR: 13,48

RENTIAGEM:

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 40 FATURAS PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 1181,11. REGULARIZE SEU DÉBITO.



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12



AVENIDA CRUZ CABRAL - NÚM. 1367 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0105
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-68
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20210924488721 Escritório: JUPURIM

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

ADRIANA MARIA NOVA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
R. JOÃO BATISTA, N. 00870 - CENTRO JUPURIM PE 55750-000
INSCRIÇÃO: 145.730.250.1380.000

Nº Contrato: 5726471

02448872.1 09/2021-5

GRUPO: 6

OPÇÃO DER. AUTOMÁTICO: 02448872.1

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VENCIMENTO	FEEL /
YIDN0457EK	27/08/2021	27/09/2021		

ÁGUA

LEIT. ANT.: 156

LEIT. ATUAL: 156

LEIT. FAT.: 156

CONSUMO: 2

EM PARADO

ESGOTO

LEIT. ANT.:

LEIT. ATUAL:

LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO AUTOMÁTICO/CONSUMO

DATA	VALOR	UNID.
08/2021	27	lit
07/2021	27	lit
06/2021	27	lit
05/2021	27	lit
04/2021	17	lit
03/2021	27	lit
MEDIA	17	lit

PARÂMETROS

EXIG. ANEXO XX DA PORT. CONE. MS 05/17	NÚMERO DE AMOSTRAS ANALISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGITIMAÇÃO
TURBIDÍM	60	60
ODF AVANÇADO	60	60
CLORO RESIDUAL	60	60
COLIFORMES TOTAIS	60	60
STC/22	60	60

OBSERVAÇÕES: 1) COLIFORMES TOTAIS ENCONTRA EM 0% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ENTEROCÓCULOS COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
3) OS PARÂMETROS ODF E TURBIDÍM SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

COMERCIAL - 093 - UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

2,90

74,30

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
DESCRIÇÃO	74,30	DESCRIÇÃO	0,40
COPIMS	74,30		2,38

25/10/2021

74,30

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

02448872.1 09/2021-5

25/10/2021

74,30

VIA COMPESSA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradonalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1566 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCDORIGINALASPTIPO-1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LBI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduarda da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 458.536.024, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Anderson Vinicius Dionizio dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.070.534, 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Anderson Vinicius Dionizio dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.070.534, 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabura</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
CEP: <u>58056-384</u>		Telefone (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 10/08/2020

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Canal de Denúncia**: 0800 021 92 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.lider.com.br/portal/consultas/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275908238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 945.234.444, 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIO DA COSTA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 132.251.714, 25

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da vítima FABIO DA COSTA PEREIRA

inscrito (a) no CPF sob o nº 132.251.714, 25, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA JOÃO BATISTA</u>	Número: <u>370</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>SURUBIM</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>_____</u>	CEP: <u>55750-000</u>	Tel. (DDD): <u>81 9 9700.1998</u>

Local e Data: SURUBIM, 22/06/2021

Adriana M. Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Canal de Denúncia**: 0800 021 92 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.lider.com.br/consultas/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275908238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 945.234.444, 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIO DA COSTA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 132.251.714, 25

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da vítima FABIO DA COSTA PEREIRA

inscrito (a) no CPF sob o nº 132.251.714, 25, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA JOÃO BATISTA</u>	Número:	<u>370</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>SURUBIM</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u></u>			CEP:	<u>55750-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>819 9700.1998</u>

Local e Data: SURUBIM, 22/06/2021

Adriana M. Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 945.234.444, 104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIO DA COSTA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 132.251.714, 25

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima FABIO DA COSTA PEREIRA

inscrito (a) no CPF sob o nº 132.251.714, 25, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA JOEL BATISTA</u>	Número:	<u>370</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>SURUBIM</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>_____</u>	CEP:	<u>55750-000</u>	Tel. (DDD):	<u>81.9.9700.1998</u>

Local e Data: SURUBIM, 22/05/2022

Adriana M. Moura de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (33)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 316296 Atd: Mao Regula
Data: 04/05/2020
Hora: 11:33:02
Recepcionista: MARIA JOSE DE ALCANTARA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 064.070.534-04 Num. Prontuario: 2020.05.000212
CNS: 209869797450006 Sexo: M IDENTIDADE: 3076998 Fone: 987034209
Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 15/05/1985 Id: 35 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 0
Bairro: CENTRO Cidade: CONDE UF: PB
Mae: VERA LUCIA GOMES DIONIZIO Pai: MARCONI ALVES DOS SANTOS
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECCES) Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA/FATIMA Escolaridade: NAO INFORMADO
Tr. Soc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IME:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto, nega trauma na cabeça
nem cervicologia; nega trauma em torax e abdome; relato
dor em punho esquerdo. MSD e MMII sem alterações, nega
alterações. AO exame. EM PEE, Normocomposta, Eupneico, a.a.a. 100%
Diagnóstico Conduta

Prescrição

- 1- Radiografia de punho E,
- 2- Dipirona 1 amp + AD, EV,
- 3- Alta da Cirurgia Genl.
- 4- Aos cuidados da Ortopedia

Horario da medicacao

Dr. Eduardo O. da Silva
Médico
CRM 20.009

Assinatura do paciente
Data: 04/05/2020
Hora: 11:33:02



[illegible]

PROCEDIMIENTO REALIZADO

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I.
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O. () I.M.L.

Assinatura e Carimbo do Médico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Anderson Vianey Dromp				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: Dra. Carolina			1º Assistente: M.R.I. David	
2º Assistente: Dolo. Mathew		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fx. Lux. Fêmur esquerdo revascular.				S62.	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
D. ...					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Fixação externa					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DSH, Sob anestesia, assepsia, anti-séptico, preparação de campos cirúrgicos.
Incisão:	
Achados:	Fratura / Luxação glenohumeral semilunar.
Conduta:	Redução sob escopia, fixação percutânea com P.K 2.0.
Fechamento:	Limpeza e Curativo
OBS:	Aguarda aguardando Abordagem pela equipe de

Data: 04/05/20

David Pierre L. Moraes
MÉDICO
CRM 101.554/PB

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Nome: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS				Registro: 2020050212	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 20/05/2020			Cirurgião: LUÍS FILIPE LESSA		
1º Assistente: FLAVIO LOYOLA			2º Assistente: ALEXANDRE GALVÃO		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura luxação volar = rádio carpal</i>				S630	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Redução cruenta + fixação com fios K + osteossíntese de rádio com placa de minimicrofragmentos</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:
Redução de luxação radiocarpal volar
Fixação percutânea com 01 fio k 2,0 sob fluoroscopia
Verificado redução sob fluoroscopia
Incisão volar em punho esquerdo
Osteossíntese de rádio distal com placa minimicrofragmentos 2.7 + 04 parafusos corticais
Limpeza com SF 0,9%
Sutura por planos com vycril 2.0 + pele com nylon 3.0
Curativo
Tala fuva.
Achados:
Conduta:
Fechamento:
OBS:

Data: 20 / 05 / 2020

Dr. Luis Felipe Lessa
Traumatologia / Ortopedia
Cirurgia da Mão
CRM-12775 OF - 2019-16378-SBC

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Anderson Vinícius D. dos Santos Data da Admissão: 04/05/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: Dor em punho (D)

HDA: Lesão e dor + deformidade em punho (D)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ []HTF
[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa
[]Trauma []Neo []Tabagismo
[]Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx

Hipóteses Diagnósticas: Fratura por compressão sem lesão.

Fratura do osso do corpo.

Conduta: Interno p/ cirurgia.

Dr. Luciano.

Dr. Luciano
Dr. Luciano
Dr. Luciano

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Paciente: ANDERS DE VÂNICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Registro: 2020050217

IDADE: 40 ANOS SEXO: M COLETA DE MATERIAL: ☐ SIM ☒ NÃO

CLÍNICA: Ortopedia

DATA DE ADMISSÃO: 04/05/2020 DATA DE ALTA: 20/05/2020 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 16D

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura fixação de punho

DIAGNÓSTICO SEPTIMÁRIO: 03231210

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS EXAMES: Osteossíntese de rádio com miniplaca e parafusos + fio K

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:

ANAMNESE PATOLÓGICA:

INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLÓGICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

1. ☒ MELHORADO 2. ☐ REMOVIDO 3. ☐ A PEDIDO 4. ☐ CURADO

CAUSAS:

RESUMO CLÍNICO: Sem alterações nas condições clínicas.

Paciente portadora de fratura de fratura fixação de punho foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese com miniplaca e parafusos. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Zorra ou conforme já realizada pela(o) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc.

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retornar atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retornar às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Limpar com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos químicos no local. Se a ferida sangrar, lavar, desinfetar com "betadine" no local. (ou se necessário) fazer, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

20/05/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar para OMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

PREFEITURA DE

SURUBIM

Cuidando da Nossa Gente
Secretaria de Saúde do Surubim



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr. Gentil Augusto de Miranda

- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Fábio da Costa Pereira**, nascido no dia 04/09/1996, filho da Sra. **Marinalva Gomes da Costa**. Residente no sítio Furnas / Lagoa da Vaca- nesta Cidade. Solicitou no dia 14/06/2021 cópia do seu prontuário de atendimento.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 26/03/2020 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM-PE: 28.576.

Surubim, 14 de junho de 2021.

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00118617
Matrícula: 57883	CNS:	Idade: 23 Anos 6 Meses 22 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: FÁBIO DA COSTA PEREIRA		Nascimento: 04/09/1996	Est. Civil: SOLTEIRO(A)
Endereço: SETO FURNAS	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Cidade: SIRUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº: 9968589
Doc: MARINALVA GOMES DA SOTA		Paí:	
Profissão:		Responsável:	Tel.: 81 81191987

Últimas Ocorrências:			
Data: 5/03/2020	Hora: 20:33	Nº Ocorrência: 118617	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EXAME / DIAGNÓSTICO: Acidente de moto: ABC DE do Tronco. Fratura no osso costal. Então no Superolho Direito.	TRATAMENTO: ① ABC DE do Tronco ② Limpeza + Sutura de Lado ③ Ultrassom ④ A US-guida ⑤ Wound Jell - 1 Apr. I.m.
--	--

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: ⑥ Dito e Fratura 1 Apr. I.m.	CID:
-------------------------------	---	-------------

MOTIVO DA SAÍDA: ESSIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: OBJETO: às ____ h ____ m do dia ____ DATA SAÍDA: HORA SAÍDA:	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ BÁSICO ☐ RETIRADA DE PONTO ☐ ESP ☐ TÉCNICO / COREN	CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA HORÁRIO:
	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO
		HORÁRIO

DATA: 26/03/2020 20:33:24 RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS



1. Talente vítima de acidente de trânsito
há 1 dia, retorna a umidade para
morte R a de fazer : Com presença
de fatura nascer de alimbede.

CR: solente tenha no alto prach
de Myini Para H. R. d. Juvem
Potem paciente age - re

ss: Foliode este Dr. Juvem

Dr. Juvem Evelyn
Medica
CRM-FE 20.129



RECEITUÁRIO

Nome: Fábio da Costa Pereira

At. ortopedista

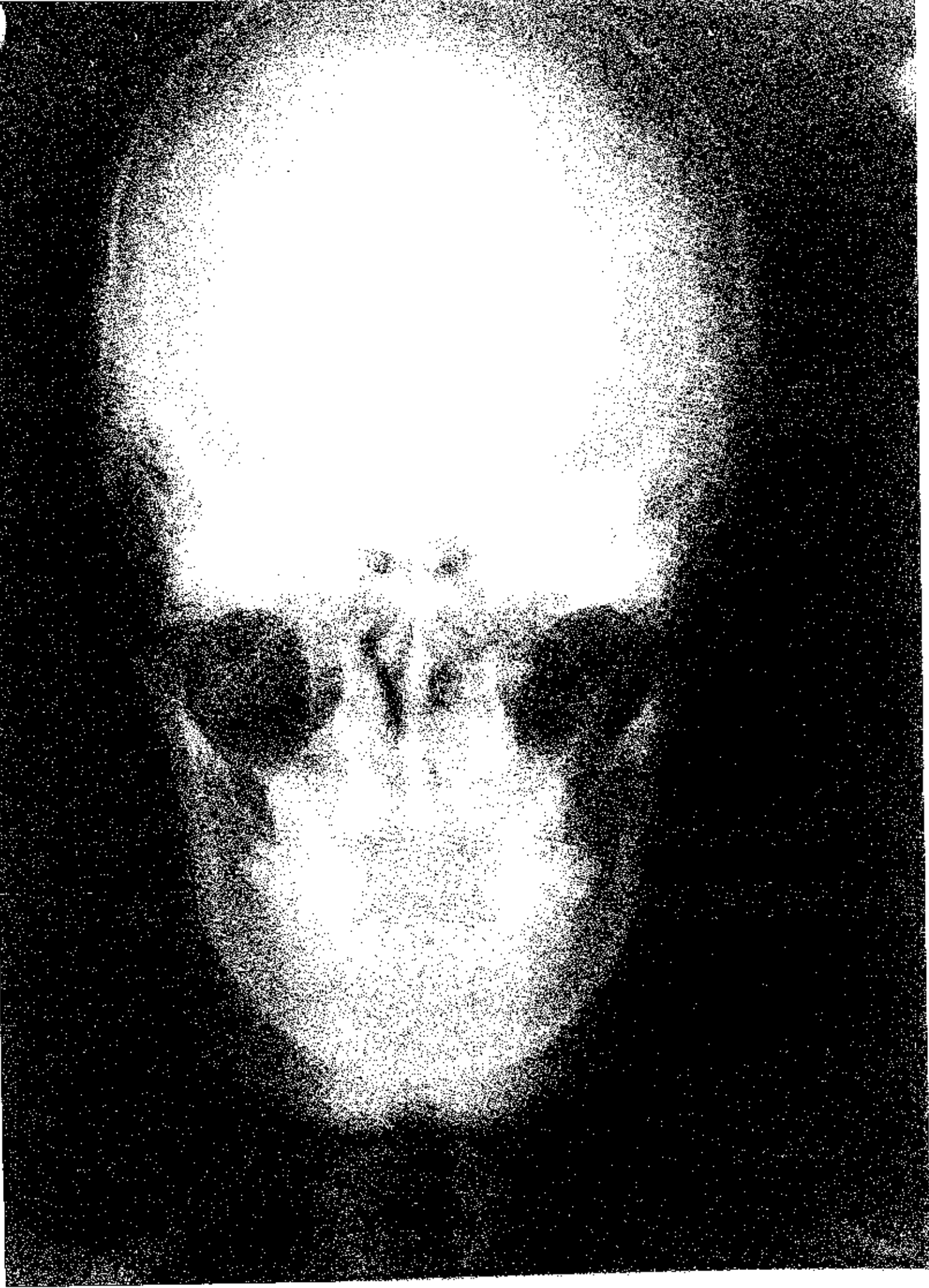
Paciente vítima de acidente de
motor, 23 anos, apresentando fratura
de osso nasal desviada. Nega -
a ver a lesão. Solicito avaliação
do caso.

Data: 26 / 03 / 2020.

Luiz Carlos
CRM 12.155.195

Médico





Digitizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45
Número do documento: 23063014121224300000133597803
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12



PREFEITURA DE

SURUBIM

Cuidando da Nossa Gente
Secretaria de Saúde do Surubim



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr. Gentil Augusto de Miranda

- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Fábio da Costa Pereira**, nascido no dia 04/09/1996, filho da Sra. **Marinalva Gomes da Costa**. Residente no sítio FURNAS / Lagoa da Vaca- nesta Cidade. Solicitou no dia 14/06/2021 cópia do seu prontuário de atendimento.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 26/03/2020 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM-PE: 28.576.

Surubim, 14 de junho de 2021.

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 14:12:45

Número do documento: 23063014121224300000133597803

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063014121224300000133597803>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 14:12:12

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00118617
Matrícula: 57883	CNS:	Idade: 23 Anos 6 Meses 22 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: FÁBIO DA COSTA PEREIRA		Nascimento: 04/09/1996	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Endereço: SETO FURNAS	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Cidade: SJURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº: 9968589
Doc: MARINALVA GOMES DA SOTA		Paí:	
Profissão:		Responsável:	Tel.: 81 81191987

Últimas Ocorrências:			
Data: 5/03/2020	Hora: 20:33	Nº Ocorrência: 118617	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()					
HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Acidente de moto: ABC DE do Tronco. Fratura no osso costal. Entor no Suprael. Dor na.	TRATAMENTO: ① ABC DE do Tronco ② Lomboa + Surtura da Lom. ③ Ultrassom ④ A US para ⑤ Comprimido 1 Apr. I.m.
--	--

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: ⑥ Dito e Reforço 1 Apr. I.m.	CID:
-------------------------------	---	-------------

MOTIVO DA SAÍDA: ESSIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: OBJETO: às ____ h ____ m do dia ____ DATA SAÍDA: HORA SAÍDA:	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ BÁSICO ☐ RETIRADA DE PONTO ☐ ESP ☐ TÉCNICO / COREN CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA HORÁRIO:												
	<table><tr><td>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</td><td>TÉCNICO / CONSELHO</td><td>HORÁRIO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO									
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO											

DATA: 26/03/2020 20:33:24 RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS



1. Talente vítima de acidente de trânsito
há 1 dia, retorna a umidade para
morte Rá de fazer : Com presença
de fortuna nascer de alimbede.

CR: solente tenha no alto puer
de Myrini Para H. R. d. Juvem
Potem paciente age - re

ss: Fôlode este pueric

Assa Evelyn
Medica
CRM-FE 20.189



RECEITUÁRIO

Nome: Fabio da Costa Pereira

Ac ortopedista

Paciente vítima de acidente de
motor, 23 anos, apresentando fratura
de osso nasal desviada. Nega - m
a na região. Solicito avaliação
do caso.

Data: 26 / 03 / 2020.

Luiz Carlos
CRM 12.155.195

Médico



**- DECLARAÇÃO -**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Fábio da Costa Pereira**, nascido no dia 04/09/1996, filho da Sra. **Marinalva Gomes da Costa**. Residente no sítio Furnas / Lagoa da Vaca- nesta Cidade. Solicitou no dia 14/06/2021 cópia do seu prontuário de atendimento.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 26/03/2020 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM-PE: 28.576.

Surubim, 14 de junho de 2021.

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA
Identificação: 57883
Nome: FÁBIO DA COSTA PEREIRA
Endereço: SÍTIO FURNAS
Cidade: SURUBIM
Estado: MARINALVA GOMES DA SOTA
Profissão:

Cor/Raça: PARDO
Idade: 23 Anos 6 Meses 22 Dias
Nascimento: 04/09/1996
Bairro: ZONA RURAL
Nac.: BRASILEIRA
Pai:
Responsável:

Nº OCORRÊNCIA: 00118617
Sexo: MASCULINO
Est.Civil: SOLTEIRO(A)
CEP: 55750000
Doc nº: 9968589
Tel.: 81 81191987

Atitudes Ocorrências:
Data: 16/03/2020 Hora: 20:33 Nº Ocorrência: 118617 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ACIDENTE

RECONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:
Acidente de moto:
Ataque de trauma.
Fotome - olho esquerdo.
Ente - Supraclav.
Dentes.

TRATAMENTO:
① ABCDE do Trauma
② Limpeza + Sutura da Lábio
③ Ultrassom
④ A US para
⑤ Curativo - Ar Im.

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
⑥ Dito - Trauma 1 Ar Im.

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:
RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐
JUSTIFICATIVA:
ENCAMINHADO:
REMOVIDO:
ÓBITO:
Em _____ h _____ m do dia _____

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

TÉCNICO / COREN
MÉDICO
HÓRARIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

1ª visita rotina de academia de corrida
há 1 dia, retorna a unidade para
motu Rx de joelho. Com presença
de fadiga nas pernas de caminhada.

CR3: solicita exame ao alergologista
de urgência Para H. R. de Lencastre.
Poder paciente seguir-se.

Dr. Jéssica Evelyn
Médica
CRM-PE 20.189

Ass: Fôlode Costa D'Ávila



RECEITUÁRIO

Nome: Fábio da Costa Pereira

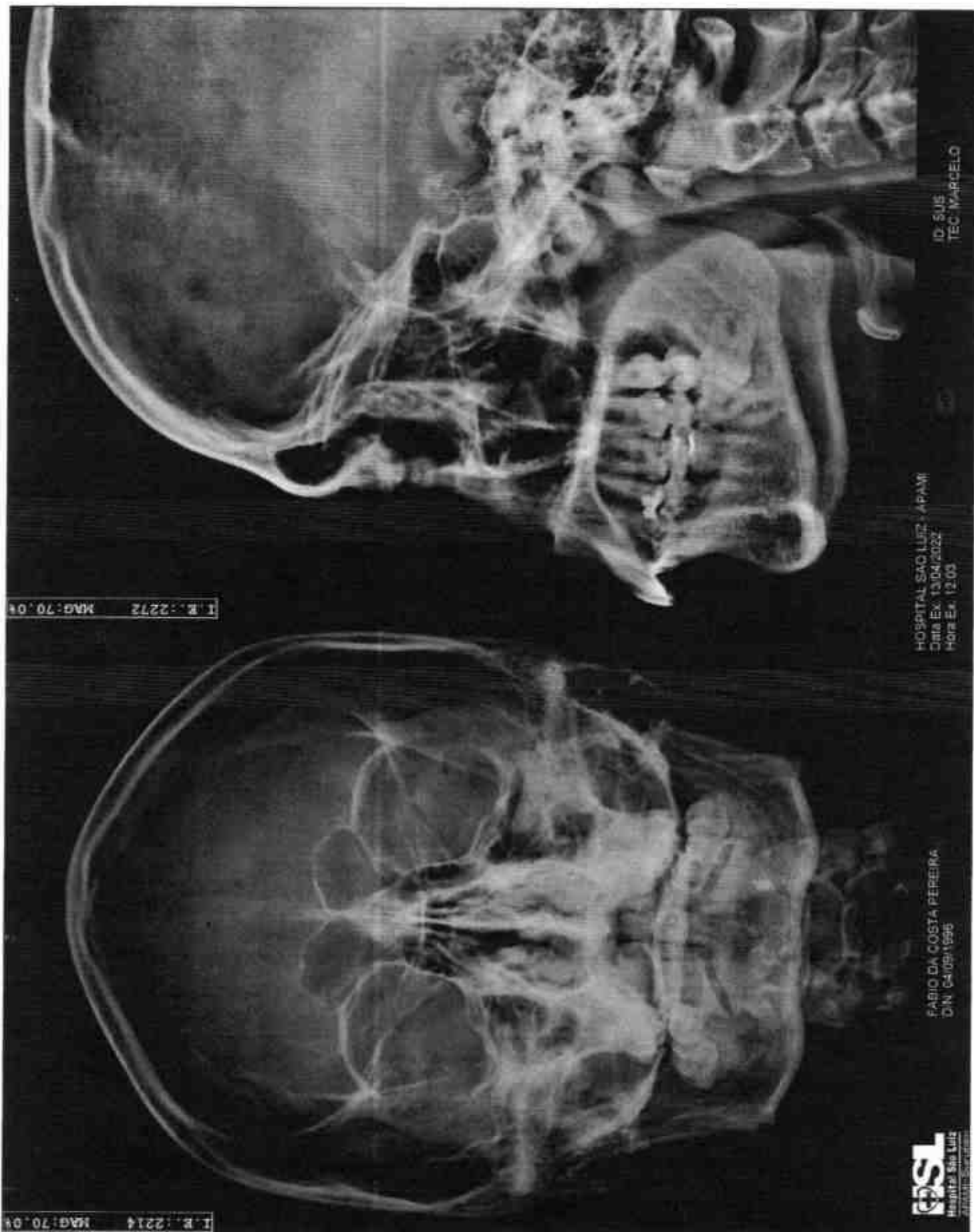
Ac. ortopedista

Paciente vítima de acidente de
moto, 23 anos, apresentando fratura
de osso nasal, desviada. No momento
a via a seguir, solicitando avaliação
do caso.

Data: 26 / 03 / 2020

Larissa Evelyn
CRM 23.189

Médico



DESVIO NO NARY POR FAVOR
MARQUE UMA PERICIA PARA
VERIFICAR A SEQUELA.



RECEITUÁRIO

Nome: Fábio da Costa Pereira

Ac or to pedicula

Paciente vítima de acidente de
motor, 23 anos, apresenta fadiga
de uso naval, desmolda. Noz - on
a ve a veje.
do caso.

Data: 26 / 03 / 2020.

Lan Evelyn
C-10

Médico

