

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/docoriginal.aspx?tipo=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 Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Júlia Helena B. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093907724, 86
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Baptista Vitorino de Melo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 116348244 05 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da vítima
João Baptista Vitorino de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 116348244 02 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.
Fico ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número: <u>255</u>	Complemento: <u>A</u>
Cidade: <u>Exaltado</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55690-000</u>	
Telefone comercial (DDD): _____		Telefone celular (DDD): <u>81991349621</u>	

Exaltado 03 de Novembro de 2019
Local e Data

Júlia Helena B. Ferreira
Assinatura do Declarante

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital Olavo de Freitas
SENHA DE REGULAÇÃO: 5755428
MÉDICO REGULADOR: _____
DATA DA RESERVA: 23 / 08 / 19 HORA DA RESERVA: _____

Médico assistente
Carimbo

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE DESTINO: _____

NOME DO PACIENTE: Dr. Lorano Gomes de Melo

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	SEXO
			FEM MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com queixa de dor no peito há 1 hora, dor tipo queimação, piora com a respiração profunda, não há febre, tosse ou expectoração. Antecedentes de hipertensão arterial.

ECG 15 - 147 bpm - PD 130x80

CONDUTA INICIAL: _____

ECG 15 - 147 bpm - PD 130x80

EXAMES REALIZADOS: LAU Diagnóstico de RPO no Serviço

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

Data da transferência: _____



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Idade:
23 Anos 2 Meses 22 Dias

Nasc.
09/07/1996

Sexo:
MASCULINO

CNS:
702400008890924

Contatos:
81. 94524660 | Celular: 81.

Mãe:
CICERA AMARA DE LIMA

Endereço:

AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/08/2019 20:40

Prontuário: 1093867

Nº. Atendimento: 3369480

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA

Admissão

Queixa Principal

COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 3 HORAS

História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 3 HORAS
REFERE DOR EM MIE
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS
NEGA DOR CERVICAL
REFERE USO DE CAPACETE
TRAZIDO PELO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
ALERGIA: NEGA
MEDICAÇÕES: NEGA

Exame Físico

A: VIAS AEREAS PERVIAS
B: MV+ AHT, S/RA, SEM DEFORMIDADES APARENTES
C: SEM SANGRAMENTO ATIVO
ABD FLACIDO DEPRESSIVEL, INDOLOR
D: ECG 15
E: PRESENÇA DE FRATURA IMOBILIZADA EM MIE E ESCORIAÇÕES EM MSE

Observações

Conduta

ALTA DA CG
À ORTOPEDIA

LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA - CRM: N.º.CRM24992

Data/Hora: 23/08/2019 - 21:50

21/10/19
CADASTRADO
SAMU



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Sexo: MASCULINO
Mãe: CICERA AMARA DE LIMA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Idade: 23 Anos 2 Meses 22 Dias
CNS: 702400008890924
Contatos: 81. 94524660 | Celular: 81.

Nasc: 09/07/1996

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/08/2019 10:07
Prontuário: 1093867
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03

Médico:

EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: 03369529
CÓDIGO PACIENTE: 01093867
NOME DO PACIENTE: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
SITUAÇÃO CIRURGIA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA
COM CEC: COM ROBÓTICA:
CID FINAL:
FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828
Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500
Material:
DATA / HORA INICIAL: 25/08/2019 16:00 DATA / HORA FINAL: 25/08/2019 18:00

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DR: EDUARDO KRUG + MONICA R1
ANESTESISTA: LUCAS PEREIRA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA, APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO ANTERO-LATERAL, DISSECÇÃO POR PLANOS, VISUALIZADO FOCO DE FRATURA REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0,9%, DESBRIDAMENTO CIRURGICO, OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO, SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0, CURATIVO



Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Sexo: MASCULINO
Mãe: CICERA AMARA DE LIMA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Idade: 23 Anos 2 Meses 22 Dias
Contatos: 81. 94524660 | Celular: 81.

Nasc. 09/07/1996

Prontuário: 1093867
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito: TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03
Médico: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03369529	01093867
NOME DO PACIENTE:			SITUAÇÃO CIRURGIA:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO			
TIPO DE ANESTESIA:			COM CEC:
RAQUI ANESTESIA			COM ROBÓTICA:
CID FINAL:			
FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828			
Procedimento			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
25/08/2019 16:00	25/08/2019 18:00		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DR: EDUARDO KRUG + MONICA R1
ANESTESISTA: LUCAS PEREIRA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA, APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO ANTERO-LATERAL, DISSECÇÃO POR PLANOS, VISUALIZADO FOCO DE FRATURA REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0,9%, DESBRIDAMENTO CIRURGICO, OSTEOSINTESE COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO, SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0, CURATIVO



Nome:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Sexo: MASCULINO
CNS: 702400008890924

Mãe:
CICERA AMARA DE LIMA

Endereço:
AVENIDA SAO JOSE , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Idade:
23 Anos 2 Meses 22 Dias
Nasc. 09/07/1996
Contatos:
81. 94524660 | Celular: 81.

Prontuário: 1093807
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03

Médico:
EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

CIRURGIA PROPOSTA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNOSTICO INICIAL:

FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

INTERCORRÊNCIA:

ÓRTESE E PRÓTESE:

FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO

NOME DO MÉDICO : EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO

Paciente: 1093867 - JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Idade: 23

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3369529

Leito: TRAU 17-03 - POSTO II Admissão: 23/08/2019 10:07

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 596781 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
- CRM 27794

Data de Referência: 05/09/2019
Data/Hora do Documento: 05/09/2019 14:45

ORTOPEDIA

PCT COM RELATO DE ACD DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.
COLOCOU FX EXTERNO NA EMERGENCIA.
OBSERVADA RADIOGRAFIA DE MÃO COM FRATURA DE METACARPO 4º (COM BOA EVOLUÇÃO AO
TRATAMENTO CONSERVADOR
HD: FX DE OSSOS DA PERNA ESQ (42B2)

LAB OK.

EM REUNIÃO DE STAFFS FICARAM DE AGUARDAR RX POS FIXADOR PARA DECIDIR ENTRE TRATAMENTO
COM FIXADOR OU CX.

CD: SOLICITADO PELOS STAFF, ALTA COM FIXADOR E RETORNO COMM HERMES WAGNER NO HOSPITAL DE
MORENO
AGUARDO RX DE MAO, SE SEM ALTERAÇÕES. ALTA
IMBOLIZADR EM MÃO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End: Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupá - Recife - PE FAX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Reg: 1093887

Enf: 17

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 23/08/19

DATA DE SAÍDA: 05/09/2019

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE 4º METACARPO

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

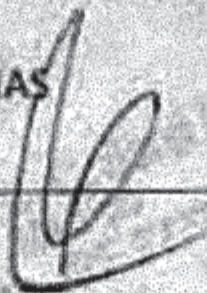
PACIENTE COM O DIAGNOSTICO ACIMA, FOI ADMITIDO NA URGENCIA, ONDE COLOCOU-SE FIXADOR EXTERNO. EVOLUI COM CONDIÇÃO DE PELE NÃO BOA, A ESPERA DE MELHORA DE PARTES MOLES. FOI DISCUTIDO EM VISITA COM DR HERMES VAGNER QUE ORIENTOU ALTA HOSPITALAR COM FIXADOR EXTERNO PARA ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DO HOSPITAL ARMINDO MOURA. RETORNO COM 03 SEMANAS AO HOPITAL ARMINDO MOURA, QUARTA, AS 10:00 PARA CNSULTORIO DO MESMO.

FRATURA 4º MTC E COM BOA CONSIÇÃO, NÃO DESVIADO, NEM RODADO.

SEGUNDO A PRECEPTORIA IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA + RETORNO AMBULATORIAL COM 30 DIAAS

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: HERMES WAGNER (HOSPITAL ARMINDO MOURA

PARA CONTROLE EM: 3SEMANAS DIAS



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

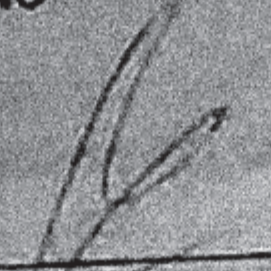
ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o segurado JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO portador da
Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30
(TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por
motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA E4º MTC

Deverá comparecer ao ambulatório de: ORTOPEDIA DO HOSPITAL
ELMINDO MOURA EM MORENO
em 30 dias

Recife, 05/09/2019



Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
LEI Nº 8.080/90, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
A JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 28 de Agosto de 2019

Declaro para os devidos fins de comprovação que

Jose Lazara Vieira De M. 23 anos de idade, foi atendido(a) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 23 de Agosto de 2019, às 18 h 24 min (número do registro da ocorrência: 5671240).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Vítima de acidente de motocicleta, apresentando fratura exposta em MIF.

Encaminhado para o Hospital: General Alfredo Alves De Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Jose Santos - CRM 16589

Removido para o hospital de referência: Hospital Otávio De Freitas

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Avaliação clínica, neurológica, Protocolo de Trauma e imobilização.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De S. Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE


Isabella Mayara M. De S. Macêdo
CPF 434.222-888

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

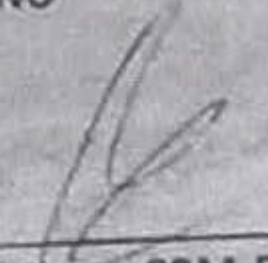
ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO portador da
Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30
(TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por
motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA E4º MTC

Deverá comparecer ao ambulatório de: ORTOPEDIA DO HOSPITAL
ARMANDO MOURA EM MORENO
em 30 dias

Recife, 05/09/2019



Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
COM JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

**Chã Grande****HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA**
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEAtendimento em: 23/02/2019 18:51
Atendimento N: 24.784

D. PAC PAC 154502		Cartão SUS: 702400008890974		Nome do Paciente: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO	
DT. Nascimento: 1996-07-09	Idade: 23 anos	Sexo: MASCULINO	Raça/Cor: PARDO	Tel. Contato: (99) 9999-9999	Tel. Contato: (99) 9999-9999
Lugar de Nascimento: CEREA AMARA DE LIMA			Observações		
Endereço: SITIO MUMBUCAS			CHÃ GRANDE PE		

ANTROPOMETRIA
PESO: _____ kg ALTURA: _____ m MASSA: _____

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

TA: 130 x 80 mmHg TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA: 124 mg/dl
 REQ. CARD.: 78 bpm SAT. O2.: _____ % ☐ Jejum ☐ Pós-Prandial
 REQ. RESP.: 99 rpm HGT: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS? ☐ QUAIS?SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: *Feb. baixa de 5 dias. com febre
baixa de 10 dias. Apresenta febre aguda a noite.*TÍTULOS: *100 mg/kg e 100 mg/kg*EXAMES FÍSICOS
*ECG normal, ortostático. Glb, Sg, Hb - 11.0*DIAGNOSTICO *NOP*

5755428

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO
*Trat. 100 mg/kg - 100 mg/kg
- 100 mg/kg - 100 mg/kg*

Data do Atendimento: _____ Hora: _____

Médico / CRM / Carimbo

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital Olinda de Recife
SENHA DE REGULAÇÃO: 5755428
MÉDICO REGULADOR: _____
DATA DA RESERVA: 23 / 12 / 19 HORA DA RESERVA: _____

Médico assistente
Carimbo

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE DESTINO: _____

NOME DO PACIENTE: Dr. Coronel Manoel de Uila

CPF

IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

SEXO

FEM

MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com queixa de dor no peito há 1 hora.
Apresenta sinais vitais estáveis. Refere que a dor é
de natureza compressiva, irradiando-se para o
braço esquerdo.

ECG II III aVF 95% PD 130x80

CONDUTA INICIAL:

ECG Correlado com Dor no Peito - Afirmação
de infarto

EXAMES REALIZADOS: HA 120mg de KCl no sangue

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Data da transferência:



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Idade: 23 Anos 2 Meses 22 Dias
Nasc: 09/07/1996
Sexo: MASCULINO
CNS: 702400008890924
Contatos: 81. 94524660 | Celular: 81.
Mãe: CICERA AMARA DE LIMA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/08/2019 20:40
Prontuário: 1093857
Nº. Atendimento: 3369490
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Letto:

Médico:
LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA

Admissão

Queixa Principal

COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 3 HORAS

História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 3 HORAS
REFERE DOR EM MIE
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS
NEGA DOR CERVICAL
REFERE USO DE CAPACETE
TRAZIDO PELO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
ALERGIA: NEGA
MEDICAÇÕES: NEGA

Exame Físico

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS
B: MV+ AHT, S/RA, SEM DEFORMIDADES APARENTES
C: SEM SANGRAMENTO ATIVO
ABD FLACIDO DEPRESSIVEL, INDOLOR
D: ECG 15
E: PRESENÇA DE FRATURA IMOBILIZADA EM MIE E ESCORIAÇÕES EM MSE

Observações

Conduta

ALTA DA CG
A ORTOPEDIA

LUIZA CALABRIA RIBEIRO PESSOA - CRM: Nº.CRM24992

Data/Hora: 23/08/2019 - 21:50

08/08/19
COASTADO
SAMU



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Idade: 23 Anos 2 Meses 22 Dias
Nasc: 09/07/1996
Sexo: MASCULINO
CNS: 702400008890924
Contatos: 81. 94524660 | Celular: 81.
Mãe: CICERA AMARA DE LIMA
Endereço: AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - 2 BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 23/08/2019 10:07
Prontuário: 1093867
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03

Médico:
EDUARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: CÓDIGO PACIENTE:
03369529 01093867
NOME DO PACIENTE: SITUAÇÃO CIRURGIA:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:
RAQUI ANESTESIA
CID FINAL:
FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828
Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500
Material:
DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
25/08/2019 16:00 25/08/2019 18:00

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DR: EDUARDO KRUG + MONICA R1
ANESTESISTA: LUCAS PEREIRA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA, APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO ANTERO-LATERAL, DISSECCÃO POR PLANOS, VISUALIZADO FOCO DE FRATURA REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF 0,9%, DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO, SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0, CURATIVO



Nome:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
Sexo:
MASCULINO
CNS:
702400008890924
Mãe:
CICERA AMARA DE LIMA

Idade:
23 Anos 2 Meses 22 Dias
Nasc.
09/07/1996
Contatos:
81. 94524660 | Celular: 81.

Prontuário: 1093867
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03
Médico:
EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Endereço:
AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:

DATA AVISO CIRURGIA:

ATENDIMENTO:
03369529

CÓDIGO PACIENTE:
01093867

NOME DO PACIENTE:

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

SITUAÇÃO CIRURGIA:

TIPO DE ANESTESIA:

RAQUI ANESTESIA

COM CEC:

COM ROBÓTICA:

CID FINAL:

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S820

Procedimento

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA - 0408050500

Material:

DATA / HORA INICIAL:

25/08/2019

16:00

DATA / HORA FINAL:

25/08/2019

18:00

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DR: EDUARDO KRUG + MONICA R1
ANESTESISTA: LUCAS PEREIRA

ASSEPSIA E ANTISEPSIA, APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO ANTERO-LATERAL, DISSECCÃO POR PLANOS, VISUALIZADO FOCO DE FRATURA REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF 0,9%, DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO, SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0, CURATIVO



Nome:
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Sexo: MASCULINO
CNS: 702400008890924

Mãe:
CIGERA AMARA DE LIMA

Endereço:
AVENIDA SAO JOSE, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Idade:
23 Anos 2 Meses 22 Dias

Contatos:
81. 94524660 | Celular: 81.

Nasc.
09/07/1996

Prontuário: 105380/
Nº. Atendimento: 3369529
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Letto:
TRAUMATOLOGIA POSTO II-17-03

Médico:
EDUARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

CIRURGIA PROPOSTA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNOSTICO INICIAL:

FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

FRATURA ESPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

INTERCORRÊNCIA:

ÓRTESE E PRÓTESE:

FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO

NOME DO MÉDICO : EDUARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO

Paciente: 1093867 - JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Idade: 23

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3369529

Lcto: TRAU 17-03 - POSTO II Admissão: 23/08/2019 10:07

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 594148 (FECHADO)Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
- CRM 27794

Data de Referência:

02/09/2019

Data/Hora do Documento:

02/09/2019 14:21

ORTOPEDIAPCT COM RELATO DE ACID DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.
COLOCOU FX EXTERNO NA EMERGENCIA.

HD: FX DE OSSOS DA PERNA ESQ (4282)

LAB OK.

EM REUNIÃO DE STAFFS FICARAM DE AGUARDAR RX POS FIXADOR PARA DECIDIR ENTRE TRATAMENTO
COM FIXADOR OU CX.CD: SOLICITADO PELOS STAFF, NOVO RADIOGRAFIA DE MAO E SE TIVER TUDO BEM, ALTA COM FIXADOR E
RETORNO COM HERMES WAGNER NO HOSPITAL DE MORENO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 01/10/2019 09:34

Paciente: 1093857 - JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Idade: 23

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3389529

Leito: TRAU 17-03 - POSTO II Admissão: 23/08/2019 10:07

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 596781 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
- CRM 27794

Data de Referência: 05/09/2019
Data/Hora do Documento: 05/09/2019 14:45

ORTOPEDIA

PCT COM RELATO DE ACID DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.
COLOCOU FX EXTERNO NA EMERGENCIA.
OBSERVADA RADIOGRAFIA DE MÃO COM FRATURA DE METACARPO 4º (COM BOA EVOLUÇÃO AO
TRATAMENTO CONSERVADOR
HD: FX DE OSSOS DA PERNA ESG (4282)

LAB OK.

EM REUNIÃO DE STAFFS FICARAM DE AGUARDAR RX POS FIXADOR PARA DECIDIR ENTRE TRATAMENTO
COM FIXADOR OU CX.

CD: SOLICITADO PELOS STAFF, ALTA COM FIXADOR E RETORNO COMM HERMES WAGNER NO HOSPITAL DE
MORENO
AGUARDO RX DE MAO, SE SEM ALTERAÇÕES. ALTA
IMBOLIZADR EM MÃO

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Reg: 1003867

Enf: 17

Leito:03

DATA DE ENTRADA: 23.08.19

DATA DE SAÍDA: 05/09/2019

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE 4º METACARPO

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE COM O DIAGNOSTICO ACIMA, FOI ADMITIDO NA URGENCIA, ONDE COLOCOU-SE FIXADOR EXTERNO, EVOLUI COM CONDIÇÃO DE PELE NÃO BOA, A ESPERA DE MELHORA DE PARTES MOLES. FOI DISCUTIDO EM VISITA COM DR HERMES VAGNER QUE ORIENTOU ALTA HOSPITALAR COM FIXADOR EXTERNO PARA ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DO HOSPITAL ARMINDO MOURA. RETORNO COM 03 SEMANAS AO HOPITAL ARMINDO MOURA, QUARTA, AS 10:00 PARA CNSULTORIO DO MESMO.

FRATURA 4º MTC E COM BOA CONSIÇÃO, NÃO DESVIADO, NEM RODADO. SEGUNDO A PRECEPTORIA IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA + RETORNO AMBULATORIAL COM 30 DIAS

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: HERMES WAGNER (HOSPITAL ARMINDO MOURA

PARA CONTROLE EM: 3SEMANAS DIAS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		PE	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME			
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO			
		DOC. IDENTIDADE / CDS. EMISSOR / UF	
		9459710 SDS PE	
		CPF	DATA NASCIMENTO
		116.398.244-05	09/07/1996
FILIAÇÃO			
JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELO			
CICERA AMARA DE LIMA			
PERMISSÃO		ACC	CAT. HAB.
PERMISSÃO			AB
NR. REGISTRO	VALIDADE	HABILITAÇÃO	
07362052910	15/05/2020	16/05/2019	
OBSERVAÇÕES			
RAR			
<i>Jose Lazaro Vieira de Melo</i>			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL	DATA EMISSÃO		
GRAVATA, PE	17/05/2019		
<i>Roberto Fontelles</i>		15282415530	
Roberto Carlos Moreira Fontelles		PE090070127	
Diretor Presidente			
ASSINATURA DO EMISSOR			
PERNAMBUCO			
CENATRAM - CONTRA			

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1823898130

PROIBIDO PLASTIFICAR
1823898130

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAUDO DE BOM

09-R50

Jessica Iracema Laurentino Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.531.727

28/04/2014

JOSSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

JOSEVALDO JOSÉ LAURENTINO

IRACEMA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE

GRAVATÁ - PE

075614 01 55 2014 3 00009 057

01/04/1991

0082949 28 GRAVATÁ-PE

093.907.724-86

LEI Nº 2.118 DE 28/05/85

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

JOSE LASSO VIEIRA DE MELO

CPF: 8459713-2/00-00

RG: 158.395.264-05 DATA ASSUNTIVO: 08/07/1994

JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELO
 CÔNUGO ANTERIOR DE LINA

PROFISSÃO: **PROFESSOR** SEXO: **M**

DATA NASCIMENTO: 16/05/1968 DATA CADASTRO: 16/05/2018

JOSE LASSO VIEIRA DE MELO

DATA ASSUNTIVO: 17/05/2018

PERNAMBUCO

1823898130

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

09-R50

Aricea Luciana Laurentino Lourenço

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

28/04/2014

8.531.727

JESSICA TRACEMA LAURENTINO PERPETUA >>

JOSEVALDO JOSÉ LAURENTINO >>

TRACEMA MARIA DA SILVA >>

GRAVATÁ - PE

01/04/1991

073614 03 55 2014 3 00000 087

093.907.734-86

093.907.734-86

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394765/19

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

CPF: 116.398.244-05

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2019

Titular do CPF: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO : 116.398.244-05

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: 11/11/2019
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007659 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 6/11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007659 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 6/11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO sob CPF: 116 398 244.05
portador da cédula de RG: 9459 710 residente e domiciliado
R. MARIA DO CARMO ALVES DE MENEZES S/N CHA GRANDE, 17E

Outorgado Jéssica Iracema Laurentino Ferreira inscrito no CPF sob nº: 093.907.724-86 portador da cédula de RG: 8531727 SDS-PE residente e domiciliado residente na R. 15 de novembro 255 a centro Gravata-pe.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Cha grande, 01 de novembro de 2019.



João Manoel Vieira de Melo

Reconheço, por Autenticidade a firma indicada, de JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO que comparece e/ou padroeiro, reg. nesta serventia. Dos 16

Adalme Padrosa da Silva Telles Gomes (Substituto)
Chã Grande, 01 de novembro de 2019. Em test. Quay
de verdade.

Valido somente com o selo 8074202.OYK13261X01.00723
Emal: R\$ 8,00 Teto R\$ 0,78 FARC R\$ 0,30 Total R\$ 9,08



Testemunha

testemunha

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006928/20

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

CPF: 116.398.244-05

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2019

Titular do CPF: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO : 116.398.244-05

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: 07/01/2020
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007659

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007659

Vítima: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000027786-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 116 398244-05 3 - CPF da vítima: 116 398244-05 4 - Nome completo da vítima: Jose Lazaro Vieira de Melo

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

5 - Nome completo: Jose Lazaro Vieira de Melo 6 - CPF: 116 398244-05
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Maria do Carmo Alves 9 - Número: 2011 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Augusto 12 - Cidade: Itaú - grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
 15 - E-mail: Augusto 16 - Tel.(DDD): 81991349621

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: Jose Lazaro Vieira de Melo
 18 - CPF do Representante Legal: 116 398244-05 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultor

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)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 29786 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (al nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caravelas - PE 03.11.19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 116.998.244-05 4 - Nome completo da vítima: Jose Wagner Vieira de Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Jose Wagner Vieira de Melo 6 - CPF: 7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: R. Maria do Carmo Alves, 2011 9 - Número: 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Augusto - 12 - Cidade: Lapa Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 991349621

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 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 POLIPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0943 CONTA: 23786 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde 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(a) menor? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

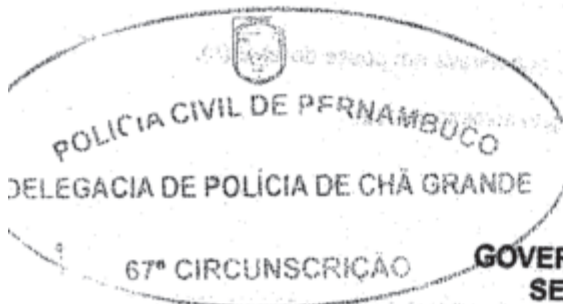
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



559184
0394765/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

DINTER1/12^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0157000847

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **15:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/8/2019 às 18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 01, PE 071 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RAFAEL PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
JOSE LÁZARO VIEIRA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE LAZARO VIEIRA
DE MELO

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

JOSE LÁZARO VIEIRA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA AMARA DE LIMA
Pal: JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELO Data de Nascimento: 9/7/1996 Naturalidade: GRAVATA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 9459710/SDS/PE (RG), 11639824405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2°. GRAU
COMPLETO Profissão: SERVENTE DE OBRAS Telefones Celulares:
- 991011847

Endereço Residencial: **RUA MARIA DO CARMO ALVES MENEZES, 04 - CEP: 0 - Bairro: AUGUSTO DAVID - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DO CLUBE. CASA CERÂMICA BEGE.**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDA Pai: DESCONHECIDO
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

RAFAEL PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDA Pai: DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAFAEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGM4528** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **900269626** Chassi: **9C2JC30707R031401**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

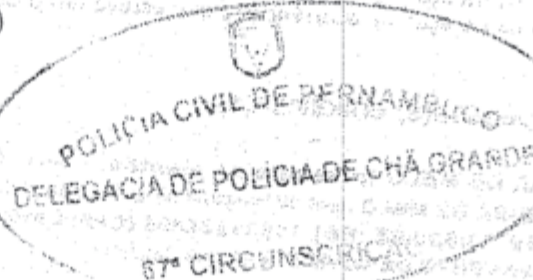
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. SEGUNDO RELATA A VITIMA ELE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KGM4528, RENAVAN N° 900269626, CHASSI N° 9C2JC30707R031401, COR PRETA, NO SENTIDO AMARAJI CHA GRANDE NA PE 071, QUANDO AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DA BORRACHARIA CONHECIDA POR "NOVA BORRACHARIA", UM DESCONHECIDO QUE TAMBÉM PILOTAVA UMA MOTOCICLETA, VINHA DESCENDO A LADEIRA DO RATO, E ENTROU NA PE SEM DAR SINAL, NA MÃO CONTRARIA, ONDE VINHA A VITIMA, E ACABOU COLIDINDO COM A MOTOCICLETA PILOTADA PELA VITIMA. COM A COLISSÃO A VITIMA ACABOU CAINDO E SOFRENDO ALGUMAS LESÕES, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE CHA GRANDE, DANDO ENTRADA NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR, TENDO POR NÚMERO DE ATENDIMENTO NO HOSPITAL O SEGUINTE: 24.784 E ID PAC- 164609; 2.999. A VITIMA SOFREU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA, A MÃO ESQUERDA. DIANTE DESSE FATO FOI REGISTRADO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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


JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FÁBIO JÚNIOR DA SILVA** - Matrícula: **273771-0**



559184
0394765/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0157000847Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019 às 15:44****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 23/8/2019 às 18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 01, PE 071 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
RAFAEL PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO**

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

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMão: CICERA AMARA DE LIMA
Pai: **JOSE ALBERTO VIEIRA DE MELO** Data de Nascimento: **9/7/1996** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9459710/GDS/PE (RG), 11638824405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **SERVENTE DE OBRAS** Telefones Celulares: **991011847**

Endereço Residencial: **RUA MARIA DO CARMO ALVES MENEZES, 04 - CEP: 0 - Bairro: AUGUSTO DAVID - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DO CLUBE. CASA CERÂMICA BEGE.**

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

RAFAEL PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMão: DESCONHECIDA Pai: DESCONHECIDO
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAFAEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGM4628** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **900269626** Chassi: **9C2JC30707R031401**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

1. MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. SEGUNDO RELATA A VITIMA ELE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KGM4528, RENAVAN Nº 900269626, CHASSI Nº 9C2JC30707R031401, COR PRETA, NO SENTIDO AMARAJI CHA GRANDE NA PE 071, QUANDO AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DA BORRACHARIA CONHECIDA POR "NOVA BORRACHARIA", UM DESCONHECIDO QUE TAMBÉM PILOTAVA UMA MOTOCICLETA, VINHA DESCENDO A LADIEIRA DO RATO, E ENTROU NA PE SEM DAR SINAL, NA MÃO CONTRARIA, ONDE VINHA A VITIMA, E ACABOU COLIDINDO COM A MOTOCICLETA PILOTADA PELA VITIMA. COM A COLISSÃO A VITIMA ACABOU CAINDO E SOFRENDO ALGUMAS LESÕES, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE CHA GRANDE, DANDO ENTRADA NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR, TENDO POR NÚMERO DE ATENDIMENTO NO HOSPITAL O SEGUINTE: 24.784 E ID PAC- 164609; 2.999. A VITIMA SOFREU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA, A MÃO ESQUERDA. DIANTE DESSE FATO FOI REGISTRADO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FÁBIO JÚNIOR DA SILVA** - Matrícula: 273771-0



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: 116.398.244-05 4 - Nome completo da vítima: Jose Lazaro Vieira de Melo

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

5 - Nome completo: Jose Lazaro Vieira de Melo 6 - CPF: _____
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Maria do Carmo Alves 9 - Número: 2011 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Augusto 12 - Cidade: Ita-grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 81991349621

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 29786 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (al nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Caravelas - PE 03.11.19

Jose Lazaro Vieira de Melo
 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: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 116.998.244-05 4 - Nome completo da vítima: Jose Wagner Vieira de Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Jose Wagner Vieira de Melo 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Assessor 8 - Endereço: R. Maria do Carmo Alves, nº 2011 9 - Número: _____ 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Augusto 12 - Cidade: Ita. grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 991349621

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:
☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POLIPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 23786 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde 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(a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital atestada pelo Tabelião de Notas

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Caruaru - PE 03.11.19

Jose Wagner Vieira de Melo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 28 de Agosto de 2019

Declaro para os devidos fins de comprovação que

José Lazara Vieira De M., 23 anos de idade, foi atendido(a) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 23 de Agosto de 2019, às 18 h 29 min (número do registro da ocorrência: 5671230).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Vítima de acidente de motocicleta, apressen-
tao fratura exposta em MIF.

Encaminhado para o Hospital: General Alfredo Alvim De Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Jose Santos - CRM 16589

Removido para o hospital de referência: Hospital Otávio De Freitas

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Avaliação clínica, neurológica, Protocolo
de Trauma e imobilização.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De S. Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabella Mayara Sousa
16.434.222 - ENF

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LAZARO VIEIRA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000027786-9

Nr. da Autenticação 093652080A95D513



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019087415648

Escritório: CHA GRANDE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARCIA JOSEFA DE AZEVEDO

R MARIA DO CARMO ALVES DE MENEZES, N. 00011 - AUGUSTO DAVID CHA GRANDE PE 55636-000

INSCRIÇÃO: 045.130.300.0131.000

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

MATRÍCULA:

00741564.8

08/2019-1

GRUPO: 12

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 00741564.8

SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO A11U078636	DATA LEIT. ANTERIOR 06/08/2019	DATA LEIT. ATUAL 05/09/2019	TIPO DE CONSUMO (A/X)		
ÁGUA LEIT. ANT.: 498 LEIT. ATUAL: 508 LEIT. FAT.: 508		CONSUMO: 9 TAXA MINIMA ANORMALIDADE DE LEITURA		ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.: VOLUME: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
07/2019 14/		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11			
06/2019 7/		ANÁLISES REALIZADAS			
05/2019 7/		ATENDEN A LEGISLAÇÃO			
04/2019 15/		TURBIDEZ			
03/2019 5/		COR APARENTE			
02/2019 5/		CLORO RESIDUAL			
MÉDIA 8/ 0		COLIFORMES TOTAIS			
		E.Coli			
		OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 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 E TARIFAS

ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019

DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 08/2019

9 M3

9,22

0,65

5,00

DESCRIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL (%)	VALOR TOTAL
PIS	9,22	1,65	0,15
COFINS	9,22	7,60	0,70

VENCIMENTO: 20/09/2019

TOTAL A PAGAR: 14,87

Entido por: INTERNET

Entido em: 04/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00741564.8

08/2019-1

VENCIMENTO: 20/09/2019

TOTAL A PAGAR: 14,87

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/01-08 | Ins. Est. 0020943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PONTES BEZERRA
PROX AO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA

CPF: 022.323.434-92

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 15 DE NOVEMBRO 255 A

CENTRO/GRAVATA
GRAVATA PE
55640-000

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

DATA DE EMISSÃO: 10/2019
DATA DE VENCIMENTO: 22/11/2019
VALOR A PAGAR: 82,01

PERÍODO DE FATURAMENTO	UNIDADE	DATA DE FATURAMENTO
08/2019	UNICA	23/10/2019
09/2019	UNICA	23/10/2019
10/2019	UNICA	23/10/2019
11/2019	UNICA	23/10/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO ATIVO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	68,000000	0,81089252	68,72
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,31
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,53
Contrib. Lum. Pública Municipal			8,34
ICMS Subvenção CDE-SP 074498276-22/08/19			0,21

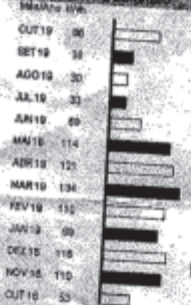
TOTAL DA FATURA

82,01

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
31818234	CAT	20/10/2019	6.402,00		23/10/2019	4.598,00		03	1.000,00		96,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO



DEMONSTRATIVO DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	18,14
PIS	1,39	0,93
COFINS	5,95	4,31

DEMONSTRATIVO DE IMPOSTOS

DESCRIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL
Geração de Energia	72,56	31,64%
Transmissão	2,62	3,47%
Distribuição (Celpe)	15,29	21,07%
Perdas de Energia	4,81	6,03%
Encargos Sociais	3,80	4,66%
Tributos	23,30	32,23%
Total	72,56	100%

C5E8 7366 AE34 CF8C FEE5 DE77 6D4A 4CE4

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo para não sofrer penalidades. Para pagar parcelas em atraso, consulte o boleto no site www.celpe.com.br. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido da energia elétrica. O cliente deve manter a fiação elétrica em boas condições e evitar o uso de tomadas sobrecarregadas. O cliente deve manter a fiação elétrica em boas condições e evitar o uso de tomadas sobrecarregadas.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

EM ATRASO, PONTOS EXISTENTES CAUSANDO CORTE

VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA
120,00	08/10/19	20,00	10/10/19	20,00	20/10/19

Este lançamento NÃO substitui o envio de avisos por e-mail e NÃO constitui aviso em si mesmo. Caso o cliente não pague no prazo, poderá sofrer o corte de energia. O cliente deve manter a fiação elétrica em boas condições e evitar o uso de tomadas sobrecarregadas.

As informações gerais de funcionamento da rede elétrica e a segurança elétrica devem ser consultadas no site www.celpe.com.br. O cliente deve manter a fiação elétrica em boas condições e evitar o uso de tomadas sobrecarregadas.

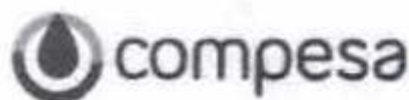
DEMONSTRATIVO DE LIMITES DE CONSUMO

CONSUMO	VALOR	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIÁRIO	0,00	6,65	11,70	22,21
SEMANAL	0,00	3,33	6,72	13,45
DIÁRIO	0,00	3,30	0,00	0,00

DEMONSTRATIVO DE LIMITES DE CONSUMO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	MÍNIMO: 210, MÁXIMO: 230

CONTA DE FATURAMENTO: 4009371198
MÊS/ANO: 10/2019
DATA DE VENCIMENTO: 22/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 82,01
83800000000-9 82010011004-0 00937119810-4 14242518243-8



AVENIDA CRUZ CASAR - NUN. 1187 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000 Fone: (081) 3400 081 0182
Inscrição Estadual: 18.3.001.001338-2
CNPJ: 06.749.032/0001-64
Site: www.compensa.com.br

Nº Documento: 2019087415648

Escritório: CHA GRANDE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

Nome do Cliente
MARIA JOSEFA DE ALMEIDA

R MARIA DO CARMO ALVES DE MEDEIROS, N. 00011 - AUGUSTO DAVID CHA GRANDE PE 55435-000

Inscrição: 045.130.390.0111.000

GRUPO: 12

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 00741564.8

RECONHECIMENTO: 00000000000000000000

ESTADO	SITUAÇÃO ECON. POTENCIAL	RECONHECIMENTO	RECONHECIMENTO	RECONHECIMENTO	RECONHECIMENTO
ALAGOAS	06/06/2019	06/06/2019	06/06/2019	06/06/2019	06/06/2019
Água	LEIT. ANT.: 438	CONSUMO: 9	ESGOTO	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0
	LEIT. ATUAL: 509	TAXA MÍNIMA		LEIT. ATUAL:	
	LEIT. PAT.: 528	ANOMALIA DE LEITURA		LEIT. PAT.:	

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO	CONSUMO
01/2019 141	141
02/2019 72	72
03/2019 72	72
04/2019 157	157
05/2019 97	97
06/2019 51	51
MÉDIA 87,6	87,6

PARÂMETROS

PARÂMETROS	EXTR. PELA FORT. Nº 2.914/11	ANÁLISE REGISTROS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
TURBIDIDADE	23	28	5
CLOR. APARENTE	2,2	28	3
CLORO RESIDUAL	2,2	28	28
COLIFORMES TOTAIS	22	28	21
E. Coli	25	28	28

OBSERVAÇÃO: 1) DIFERENÇAS TOTAIS AUMENTA EM 151 DAS AMOSTRAS ANALISADAS.
2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ENTEROCÓCCOS COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
3) OS PARÂMETROS E. COLI E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO RISCO À SAÚDE DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	9,22
MULTA 9/IMPONTUALIDADE 07/2019		0,55
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 08/2019		0,00

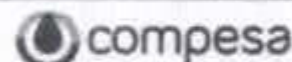
FIX	9,22	1,65	8,13
COFINS	9,22	7,45	8,70

VALIDADEZ: 20/09/2019

TOTAL A PAGAR: 14,87

Emissão em: 08/08/2019

Validade em: 04/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRICULA: 00741564.8 08/2019-1

VALIDADEZ: 20/09/2019

TOTAL A PAGAR: 14,87

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Nota Fiscal de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 2002/05/02

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-002
CNPJ 15.455.822/0001-02 | INSC. EST. 0705051-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PONTES DE JESUS
PROX AO HOSPITAL DE PAULO DA VEIGA

CPF: 022.323.434-92

CLASSIFICAÇÃO

83 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA
DEJA 15 DE NOVEMBRO 2019 A

CENTRO SUBSTÂNCIA
GRAVATA JF
55840-000

CONSUMO	PERÍODO
4009371198	10/2019
18/11/2019	22/11/2019
VALOR A PAGAR R\$	
82,01	

CONSUMO	UNIDADE	PERÍODO
00227345	UNICA	23/10/2019
23/10/2019	23/10/2019	23/10/2019
23/10/2019	23/10/2019	23/10/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR
Consumo Básico (MRE)	38,3333333	2,1108801	80,72
Adicionalidade (MRE)			1,21
Adicionalidade (MRE)			1,23
Consumo Básico (MRE)			8,79
Consumo Básico (MRE)			8,21

TOTAL DATAFLEX

PERÍODO	TENDÊNCIA	SERIE	LEITURA	SERIE	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR	CONSUMO
23/10/2019	100	100000	100000	100000	100000	23/10/2019	100000	100000	100000

PERÍODO	TENDÊNCIA	SERIE	LEITURA	SERIE	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR	CONSUMO
23/10/2019	100	100000	100000	100000	100000	23/10/2019	100000	100000	100000

Atenção: Este documento é uma cópia não controlada. O valor real do consumo é o valor registrado no sistema de medição. O valor aqui apresentado é apenas uma estimativa. O valor real do consumo é o valor registrado no sistema de medição. O valor aqui apresentado é apenas uma estimativa.

PERÍODO	TENDÊNCIA	SERIE	LEITURA	SERIE	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO	VALOR	CONSUMO
23/10/2019	100	100000	100000	100000	100000	23/10/2019	100000	100000	100000

83800000000-9 82010011004-0 00937119810-4 14242518243-8

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 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.

Lo exposto, eu Jenice Helena B. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093907724 / 86
qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joel Bazar Vilma de Melo inscrito
no CPF sob o Nº 11634824405 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Joel Bazar Vilma de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 11634824405 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Rua <u>15 de Novembro</u>		Número <u>255</u>	Complemento <u>A</u>
Cidade <u>Epitaciolândia</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>	
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>81991349621</u>	

Epitaciolândia de 03 de Novembro de 2019
Local e Data

Jenice Helena B. Ferreira
Assinatura do Declarante