



08/07/2020

Número: **0018722-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64373551	08/07/2020 16:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

144.666.334-52 JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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 NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 144.666.334-52
7 - Profissão: AJUDANTE DE PADEIRO 8 - Endereço: SÍTIO LAGOA ESCONDIDA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO LERIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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 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: BRADESCO
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 024270 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF 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, SUPUBING 18/03/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

FPS.001 V002/2019



Ficha-Proposta de Abertura de Conta de Depósito "Pessoa Física" Correspondente no País									
Cód. Ag.	Díg.	Razão	Nº Conta	Díg.	Tipo	00 - Pessoa Física		11 a 19 - Conjunta E/OU	
0835	4	07-05	024270	5	00	21 a 29 - Conjunta E			
CPF/MF	Contr.	Nome Completo (Sem Abreviações)							
144.666.334	52	JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO							
PACB	Nome do Correspondente no País								
181	Orion Integração de Negócios e Tecnologia LTDA								
Capacidade Civil		☐ Capacidade Civil Plena		Movimentação		☒ Isolada ☐ Conjunta ☐ Por Procuração			
☐ Capacidade Civil Relativa		☐ Incapacidade Civil Absoluta				CPF/MF		Contr.	
Nome Legível do Representante/Responsável Legal/Procurador									

Assinatura (assinar duas vezes)

Informações de:		☒ Titular ☐ Representante/Responsável Legal/Procurador	
Dados Pessoais			
Data Nascimento	Sexo	☒ Masculino ☐ Feminino	Tipos Doc. Ident.
10/07/2000			Carteira Nacional de Habilitação
UF Org. Emissor	País Emissor	Data de Emissão	Data Vencto. Doc. Nacionalidade
PE	BRASIL	19/12/2019	23/07/2023 BRASILEIRO
UF Nascimento	Município Nascimento	Possui residência fiscal, nacionalidade ou visto permanente em outro país?	
PE	SURUBIM	☒ Não ☐ Sim - Preencher Mod. 4820-011E Inform. Fiscais Abert. de Conta PF	
Nome da Mãe			
MARIA LIMA DO NASCIMENTO			
Nome do Pai			
EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO			
Estado Civil		☒ Solteiro ☐ Casado c/ Com.Un.Bens ☐ Casado c/ Com.Parc.Bens ☐ Viúvo ☐ Não	
☐ Casado Separação Bens		☐ Separado Judicialmente ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Não	
CPF/MF do Esposo(a)/Convivente		Contr. Nome do Esposo(a)/Convivente	

Dados de Contato		CEP / Zip Code		Caixa-Postal	
Tipo do Endereço		55760-000			
RESIDENCIAL		Número		Complemento	
Endereço		30		CASA	
SITIO LAGOA ESCONDIDA		UF		Reside Desde	
Bairro		PE		10/07/2000	
ZONA RURAL		Tipo de Residência			
Município		☐ Própria ☒ Familiar ☐ Alugada			
Vertente do Léri		DDD		Celular	
Ramal		81		982334218	
Contato		Autoriza Envio de E-Mail			
DDD		☐ Sim ☒ Não			
Telefone		E-Mail			
81		NÃO POSSUI			
Autoriza Envio de SMS					
☐ Sim ☒ Não					

Dados Profissionais					
Categoria Profissional					
☐ Assalariado ☐ Profissional Liberal ☐ Pensionista ☐ Empresário ☐ Do Lar ☐ Nunca Trabalhou					
☒ Autônomo ☐ Produtor Rural ☐ Estudante ☐ Aposentado ☐ Não Empregado ☐ Estagiário					
CNPJ da Empresa		Contr. Nome da Empresa			
Profissão / Ocupação		Data de Admissão		Atividade Desde	
224-OUTROS TRABALHADORES DE SERVICOS DIVERSOS		05/09/2019		05/09/2019	
Cargo		Valor da Renda		Periodicidade da Renda	
AJUDANTE DE PADEIRO		1.049.00		MENSAL	
Possui Outras Rendas		Comprovou Outras Rendas		Comprovou Renda	
☐ Sim ☒ Não		☐ Sim ☒ Não		☐ Sim ☒ Não	
Valor Outras Rendas		Possui Despesas Fixas		Valor das Despesas Fixas	
		☐ Sim ☒ Não			
Origem Despesas Fixas					

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074293/20

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 144.666.334-52

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO : 144.666.334-52

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: 28/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): 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: 3200093125 Data da solicitação: 26/03/2020
Nome do beneficiário: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO CPF do beneficiário: 144.666.334-52
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700-1448 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
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) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: DOCUMENTOS DE IMAGEM
(DESCREVER)

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

SUBSIN, 26/03/2020
Local e Data

Jose Nivaldo Lima do Nascimento
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

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 do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200093125 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6/7/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AJUDANTE DE PADEIRO
IDENTIDADE: 10.276.556 SDS/PE CPF: 144.666.334-52
DATA DO ACIDENTE: 25/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
ENDEREÇO: SITIO LAGOA ESCONDIDA, ZONA RURAL – VERTENTE DO LÉRIO – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

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 CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 30 DE JANEIRO 2020



Jose Nivaldo Lima do Nascimento

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074293/20

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 144.666.334-52

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO : 144.666.334-52

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: 28/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074293/20

Número do Sinistro: 3200093125

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 144.666.334-52

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 25/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 27/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093125

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15576324

Pag. 00629/00630 - carta_01 - 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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093125

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00673/00674 - carta_25 - 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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093125

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 00000024270-5

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



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:
144.666.334-52 JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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 NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 144.666.334-52
7 - Profissão: AJUDANTE DE PADEIRO 8 - Endereço: SÍTIO LAGOA ESCONDIDA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOJA RURAL 12 - Cidade: VERIENTE DO LÉRIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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: 1295 CONTA: 41556 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 do 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, SUPUBIM, 30 JANEIRO 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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. **20E0206000257**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/01/2020** às **10:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/11/2019** às **02:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO PILÕES , PRÓXIMO A FAZENDA DE VAVADA DO POSTO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximos a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL / ESTRADA DE TERRAPLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA LIMA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

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): JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LIMA DO NASCIMENTO Pai: **EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **10/7/2000** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10276556/SDS/PE (RG), 14466633452 (CPF), 07183750481 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PADEIRO** Telefones Celulares: **- 81982334218**

Residencial: **SÍTIO LAGOA ESCONDIDA - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximos a: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 01, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MARIA LIMA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: NÃO INFORMADO Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LIMA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX ESD** Objeto apreendido: **Não**

30/01/2020 10:37



Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJG8909** (PERNAMBUCO/VERTENTE DO LERIO) Renavam: **947698418** Chassi: **9C2KC08208R025598**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU NESTA DEPOL. DE SURUBIM-PE O SRº JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO, INFORMANDO QUE NO DIA 25/11/2019 POR VOLTA DAS 03:30 HORAS PILOTAVA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA POR UMA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM NO SÍTIO PILÕES, MUNICÍPIO DE SURUBIM-PE, QUANDO ESTAVA CONTORNANDO UMA CURVA DEPAROU-SE COM UM VEÍCULO TOYOTA, QUE NÃO FOI IDENTIFICADO, VINDO NO SENTIDO CONTRÁRIO E PELA CONTRA MÃO E PARA NÃO ACONTENCER UM ACIDENTE MAIS GRAVE A VÍTIMA TENTOU DESVIAR DO MESMO VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO SOBRE O SOLO, ONDE TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA. ADIANTA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA DESTA CIDADE DE SURUBIM-PE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E LOGO APÓS FOI REMOVIDO PARA O HOSTAL REGIONA DO AGRESTE EM CARUARU-PE ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

José Nivaldo Lima do Nascimento
JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSÉ DA SILVA** - Matrícula: **3810267**



30/01/2020 10:37



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:
144.666.334-52 JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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 NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 144.666.334-52
7 - Profissão: AJUDANTE DE PADEIRO 8 - Endereço: SÍTIO LAGOA ESCONDIDA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LOJA RURAL 12 - Cidade: VERIENTE DO LÉRIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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: 1295 CONTA: 41556 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 do, 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, SUPUBIM, 30 JANEIRO 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.839.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 031.305.814-80 NIS: 16377701587

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAGOA E SCONDIDA 30

ZONA RURAL, VERTENTES DO LERIO/RURA
VERTENTE DO LERIO PE
55760-000

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofase

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
091288221	UNICA	07/01/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/01/2020	2010717840	3998093

CONTA CONTRATO	RESUMO
7003712510	01/2020
DATA DE VENCIMENTO	NÚMERO DA LEITURA
14/01/2020	04/02/2020
100% A PAGAR (R\$)	21,07

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10052990	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	37,0000000	0,1723481	6,37
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	37,0000000	0,15857819	5,88
Adesão Bandeira AMARELA			0,45
Contrib. Sum. Pública Municipal			2,19
Multa por atraso NF 087389421 - 09/12/19			0,38
Juros por atraso NF 087389421 - 09/12/19			0,02
Atualização IOPM NF 087389421 - 09/12/19			0,01
TOTAL DA FATURA:			21,07

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)
71830710	CAR	06/12/2019	6 562,00		07/01/2020	6 936,00		29	1,00000		87,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
JAN 20	87
FEV 20	71
MAR 20	83
ABR 20	63
MAY 20	85
JUN 20	49
JUL 20	52
AUG 20	53
SET 20	58
OCT 20	55
NOV 20	58
DEZ 20	60
JAN 21	58

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,45	0,80
PIS	18,45	0,19
COFINS	18,45	0,19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Energia de Energia	8,51	40,11%
Transmissão	0,94	4,49%
Distribuição (Celpe)	5,73	27,24%
Perdas de Energia	1,80	8,54%
Energia Setorial	0,56	2,63%
Tributos	0,92	4,38%
Total	18,46	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10052990
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17234810
Consumo-TE até 30 kWh	0,09250394
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15857819

RESERVAÇÃO FISCAL

423C 174B 8113 DCFR 80CA ABCB F24C C218

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais perto de vencimento da fatura. Não altere nem a data de vencimento nem o valor da fatura. Se houver alteração, avise imediatamente. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta.

Para obter mais informações sobre a fatura, consulte o site da Celpe ou o atendimento ao cliente. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta.

PURIFICAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

CONTA	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
CELPE	100,00%			

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
127	110 - 135





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 53050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0025943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

Nº DA CONTA FISCAL	DATA	PERÍODO
091269603	UNICA	07/01/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO SUBTE	Nº DA SUBSILICAÇÃO
07/01/2020	2011166068	375.3008

DATA CONTADOR	VALOR
7005749888	01/2020
14/01/2020	04/02/2020
83,80	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh) TUSD	99.0000000	0.47856182	42.22
Consumo Ativo (Wh) TE	98.0000000	0.35876625	35.51
Acréscimo Bandeira AMARELA			1.88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0.49
ICMS Subvenção-CDE-NE 079728987-07/10/18			0.70

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

83,80

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
137994	CAT	04-12-2019	26.457,00	07-01-2020	26.556,00	29	1.00000		99,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
JAN 20	99
FEV 19	118
NOV 18	102
OUT 18	106
SET 18	81
AGO 18	113
Jul 18	119
JUN 18	162
Mai 18	153
ABR 18	172
MAR 18	166
FEV 18	162
JAN 18	133

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	20,00	19,90
PIS	0,60	0,71
COPIS	4,18	4,20

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,52	32,6%
Transmissão	2,06	2,5%
Distribuição (CELPE)	17,37	21,0%
Perdas de Energia	6,47	8,0%
Energia de Serviços	4,08	5,0%
Tributos	20,41	25,0%
Total	76,91	100%

Consumo Ativo (Wh) TUSD
Consumo Ativo (Wh) TE
0.38638000
0.29566000

AA02 B1E7 A167 B373 FCCC R08B 081A 0842

INFORMAÇÕES REPORTÁRIAS

Pague no prazo máximo de 30 dias após a emissão da nota fiscal, sob pena de incidência de multa de 0,2% (dois por cento) sobre o valor devido. O cliente é responsável por manter a continuidade da prestação de serviços, caso contrário, a Companhia Energética de Pernambuco poderá interromper o fornecimento de energia elétrica sem aviso prévio. O cliente é responsável por manter a continuidade da prestação de serviços, caso contrário, a Companhia Energética de Pernambuco poderá interromper o fornecimento de energia elétrica sem aviso prévio.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da Companhia Energética de Pernambuco, sob o link "Condições Gerais de Fornecimento".

ORIENTAÇÃO E PRECIFICAÇÃO DAS OTIMIZAÇÕES

CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ANUAL
B1C	0,00	5,00	11,00	22,00
B1C	0,00	3,36	8,72	13,45
B1C	0,00	3,20	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

LIMITE DIÁRIO 12,22 R\$ - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 25,00

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Maria Nery de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Rivaldo Lima do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.666.334 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Rivaldo Lima do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.666.334 / 52, 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 João Batista</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Surubim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>_____</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700.1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98129-8619</u>

Surubim, 30 de Janeiro de 2020
Local e Data

Adriana M. N. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **José Nivaldo Lima do Nascimento**, nascido no dia 10/07/2000, filho da Sra. **Maria Lima do Nascimento** e do Sr. **Edivaldo Santos do Nascimento**. Residente no sítio Lagoa Escondida na Cidade de Vertente do Lério - PE. Solicitou no dia 06/12/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda** no dia 25/11/2019 pelo médico plantonista **Dr. Mário Júnior. CRM – 23472** e Transferido para o **(HRA) Hospital Regional do Agreste em Caruaru – PE.**

Surubim, 06 de dezembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78

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



MURUPIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

IOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00100309

Identificador: 54815

CNS:

Idade: 19 Anos 4 Meses 15 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Nascimento: 10/07/2000

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End.: LAGOA ESCONDIDA

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP:

Idade: VERTENTE DO LÉRIO

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 44.666.334-52

Mãe: MARIA LIMA DO NASCIMENTO

Pai: EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO

Responsável:

Tel.:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

25/11/2019 03:38 100309

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO:

PACIENTE VITIM
DE ACIDENTE MOTOCICLISTA
CLATRO IN 2min
COM OR OM MGD
POU DO ALMOUS
5823634

- RX DE PUNHA DIREITA
- COTO PROFUNDO IN BR

Dr. Mário Júnior
Clínico Geral
CRM-PE 23472

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA

☐

INTERNADO

☐

JUSTIFICATIVA:

☐ CURATIVO

☐ BÁSICO

☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 25/11/2019 03:38:26

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA





Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:		1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local	
Nome do Paciente: SOS NUNO LIMA		Município:	
data de Nascimento: Nascimento			
Quadro Clínico: Paciente Lima os principais motivos de um 2º dia. Apresenta Fratura Aberta em Perna Direita. GSWs			
HD: Fratura Aberta em Perna Direita			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:	DATA:
		DATA:	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:	DATA:
		DATA:	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado): Acidente de Trabalho		Hora Chegada
	Assinatura do (a) médico (a): [Assinatura]	CRM:	23472
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado): [Assinatura]		Hora Chegada
	Assinatura do (a) médico (a): [Assinatura]	CRM:	
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:	
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:	





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **José Nivaldo Lima do Nascimento**, esteve Interno nesta unidade de saúde no dia **25/11/2019 a 12/12/2019**, com Registro Hospitalar: **349661**

OBS: Vítima de Acidente de trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 02 de Janeiro 2020

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 236, Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 QUINTORIO DE OPERAÇÃO (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Nº Registro:

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

OPERADOR: DR ALEXANDRE REGO FILHO CRM-PE 20835 // ECF 14903

PRIMEIRO ASSISTENTE:

SEGUNDO ASSISTENTE:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: seg, 25 de novembro de 2019

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: FRATURA (EXPOSTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL (PSILATERAL)

DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO: FRATURA (EXPOSTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL (PSILATERAL)

OPERAÇÃO PROPOSTA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO PARA FRATURA (EXPOSTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL (PSILATERAL)

OPERAÇÃO REALIZADA: LIMPEZA + DEBRIDAMENTO PARA FRATURA (EXPOSTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL (PSILATERAL)

DESCRIÇÃO DO ATQ OPERATÓRIO:

PACIENTE EM DDH; ASSEPSIA E ANTISSEPSIA; ADOÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS; REALIZADO AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO; DEBRIDAMENTO E LIMPEZA; SUTURA E CURATIVO

NÃO FOI REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA EM DECORRÊNCIA A FALTA DE MATERIAL CIRÚRGICO

DATA: seg, 25 de novembro de 2019

ASSINATURA: DR ALEXANDRE REGO FILHO CRM-PE 20835 // ECF 14903

Dr. Alexandre Rego Filho
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-PE 20835 // ECF 14903



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
REATÓRIO DE OPERAÇÃO (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: JOSE MIVALDO LIMA DO NASCIMENTO	Nº Registro:
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito:
OPERADOR: DR ALEXANDRE REGO FILHO CRM-PE 20819 // TEGT 14909	
PRIMEIRO ASSISTENTE: INSTRUMENTADOR:	SEGUNDO ASSISTENTE: ANESTESISTA:
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: ter, 10 de dezembro de 2019	
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO	
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO	
OPERAÇÃO PROPOSTA: FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS PARA FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO	
OPERAÇÃO REALIZADA: FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS PARA FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO:	
PACIENTE EM DDH; ASSEPSIA E ANTISSEPSIA; APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS; INCISÃO EM TOPOGRAFIA ANTERO-LATERAL; PERFORAÇÃO POR PLANOS; FIXAÇÃO DA FRATURA COM 01 PLACA BLOQUEADA EM TACO DE GOLFE + 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS COM 02 PARALELAS; SUTURA E CURATIVO	
DURANTE PROCEDIMENTO FORAM UTILIZADOS: 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS COM 02 ARBUELAS + PLACA BLOQUEADA PARA PLATO TIBIAL (TACO DE GOLFE) E 04 PARAFUSOS DE BLOQUEIO E PARAFUSOS CORTICAIS	
DATA ter, 10 de dezembro de 2019	ASSINATURA DR ALEXANDRE REGO FILHO CRM-PE 20819 // TEGT 14909





Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr^o Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:		1 ^a Via Hospital de destino/2 ^a Via Hospital local			
Município:					
Nome do Paciente:		data de Nascimento: ____/____/____			
Quadro Clínico:		Paciente com fratura de osso da perna direita, com ferimento na região da articulação do tornozelo, com fratura aberta em pé direito. Sem lesões.			
HD:		Fratura aberta em pé direito			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:		DATA:	
		DATA:			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:		DATA:	
1 ^o REMOÇÃO	1 ^o Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
	Do 2 ^o Hospital de Destino				
	Nº 23472				
Assinatura do (a) médico (a) Júnior		CRM: 23472			
Clínica Geral		CRM-PE 23472			
2 ^o REMOÇÃO	2 ^o Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
Assinatura do (a) médico (a):		CRM:			
Assinatura do Responsável					
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:			
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:			





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE – HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 349661

DATA DE ENTRADA: 25/11/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA E
FRATURA FECHADA DE PLATÔ TIBIAL.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE RECEBE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS
COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTAÇÕES DADAS AO
ACOMPANHANTE. ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE
ORTOPEDIA GERAL, COM 30 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR.

TRATAMENTO REALIZADO: OSTEOSSÍNTESE DE TÍBIA E PLATÔ TIBIAL
COM PLACA E PARAFUSOS CANULADOS.

ALTA HOSPITALAR: 12/12/2019

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dra. Sueli Lourenço
Médica Especialista de
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10199

ASS: DO MÉDICO E CRM

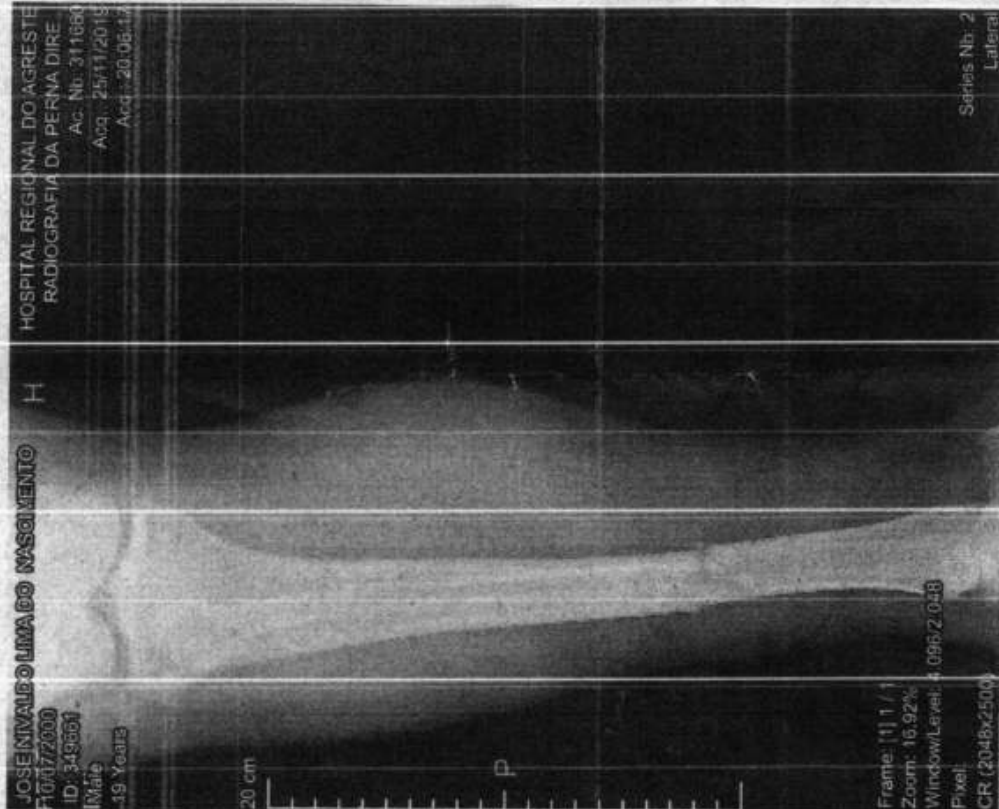
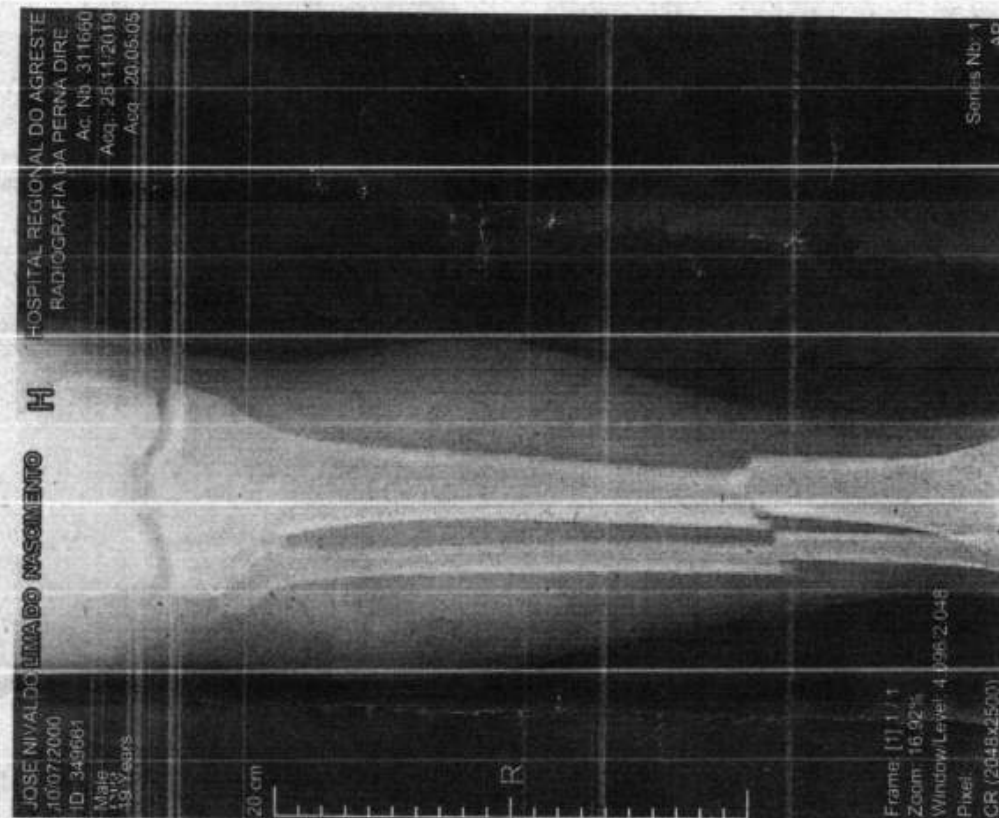
22-01-20

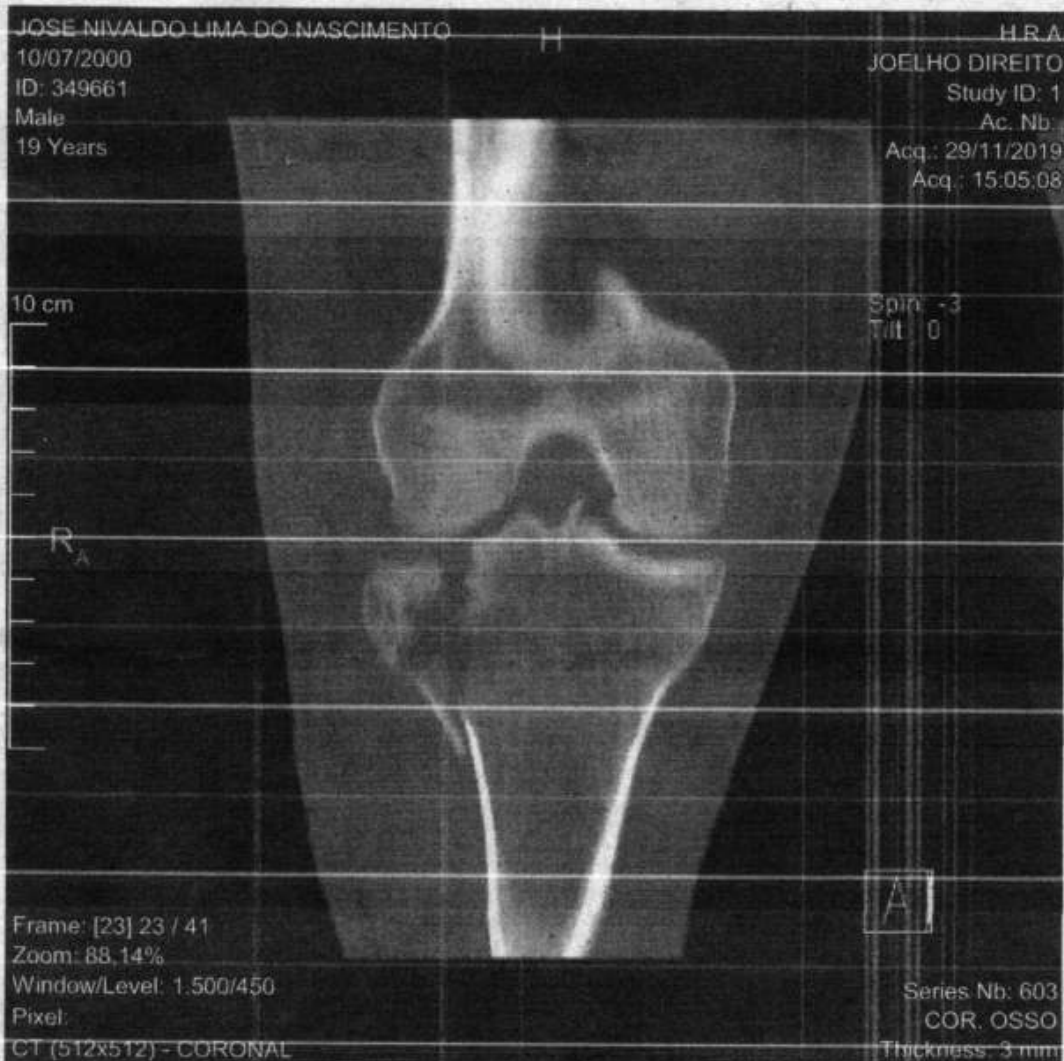
8:00

Dr. Nicotou

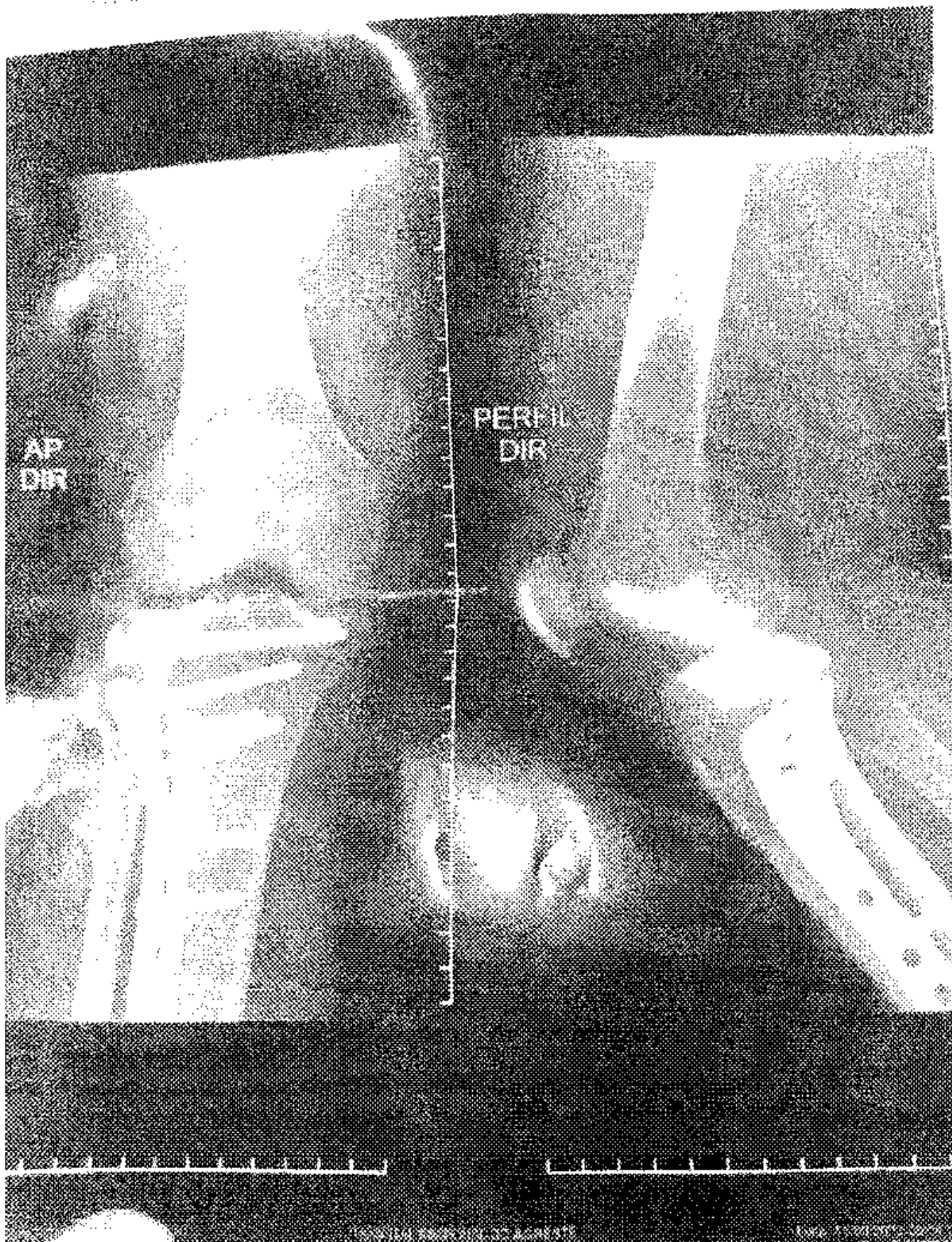


46 + TC S chatz Kim Tipo 2





01/04/2012





COMANDO EM CHEFE
FORÇA AEREA DO BRASIL
SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASILIA - DF

FAB

PERFIL

AF

DR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATERING NACIONAL DE TRANSPORTES

NOME: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

DOG IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 10276556 SSP/DI PE

CPF: 144.666.334-52 DATA NASCIMENTO: 10/07/2000

FILIAÇÃO: EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO
 MARIA LIMA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO: ☐ SCO: ☐ CAT. HAB: ☐ AD

Nº REGISTRO: 07163750481 VALIDADE: 30/07/2023 1ª HABILITAÇÃO: 17/12/2018

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jose Nivaldo Lima do Nascimento*

LOCAL: SURUBIM, PE DATA EMISSÃO: 19/12/2019

ASSINATURA DO EMISSOR: *Roberto Ferreira*
 Roberto Ferreira
 Diretor Presidente

54584734669
 PE096640774

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1933787296

RECIBIDO PLASTIFICAR 1933787296



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 PERMANENTE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CATEGORIA: SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 4810389 SSP PE

CPF
 945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
 26/07/1974

FILIAÇÃO
 JOSE GOMES DE MOURA
 ISMAETE FERRERA DE MOURA

PERMISSÃO
 02376605879

ACC
 08/06/2002

CAT. HAB.
 17/06/2002

VALIDADE
 08/06/2002

FINABILITACAO
 17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes.
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
 10/04/2017

ASSINATURA DO DIRETOR
 Carlos Antônio Teles Klair
 Diretor Presidente

PERNAMBUCO

FECHADO PLÁSTICO
 1421884961

NÚMERO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421884961



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 012238663551

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 947698418 RENTRO 2016

MARIA LIMA DO NASCIMENTO

VERT. DO LERIO-PE

031-305.814-80 PLACA KJG9559

922K000200R025598

PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2007 2008

22/149CL CATEGORIA PARTIC

1 LEVA 2016 QUITADO

PAGA LIVA PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

VERT. DO LERIO-PE

Charles Andreus Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

04/07/16

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE TERRESTRE OU POR VEICULO AEREO
TRANSPORTADOS OUTRA-SEGURO DPVAT

PE Nº 012238663551 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LIMA DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1208

VERT. DO LERIO-PE 2016

031-305.814-80 PLACA KJG9559

947698418 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2007 09 922K000200R025598

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE QUITACAO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 09.348.608/0001-04

www.segurodetransito.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

PIF NAO E POF OBRIGATORIO

5103-100

