

---

**Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200046382**

**Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 21/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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, 06 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200046382**

**Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 21/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA**

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

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. Roberto de Castro Costa CRM nº 11730 - PE, da Instituição ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS 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: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO 6 - CPF: 157.704.074-09  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA LAGOA NOVA 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 491613907

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: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA  
18 - CPF do Representante Legal: 048.361.904-36 19 - Profissão do Representante Legal: R. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 19281 3

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Surubim - PE 29-11-2019

Elisângela dos Santos Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS 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: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO 6 - CPF: 157.704.074-09  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA LAGOA NOVA 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 491613907

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: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA  
18 - CPF do Representante Legal: 048.361.904-36 19 - Profissão do Representante Legal: R. INF.

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: 19281 3  
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

40 - Local e Data: Surubim - PE 29-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Elisângela dos Santos Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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. **19E0206002821**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2019** às **10:32**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/2/2019** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SEVERINO DE SOUZA LEAL, 1** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESCOLA SANTA RITA DE CASSIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (NOTICIANTE)  
LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA** Pai: **JOSÉ LEONARDO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **8/2/2013**  
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15770407469 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:  
- **81996096756**

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 10, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

**ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA FRANCISCA NASCIMENTO DOS SANTOS** Pai: **OTÁVIO JOSÉ DOS SANTOS** Data de Nascimento: **23/2/1974**  
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6145982/SDS/PE (RG), 04836190436 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:  
- **81996096756**

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

## Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A SRA. ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA, NOTICIANDO QUE NO DIA 21/025 /2019, POR VOLTA DAS 13:40 HORAS NA RUA SEVERINO DE SOUZA LEAL, CENTRO DESTA CIDADE, NO MOMENTO EM QUE O SEU FILHO MENOR "LUIZ OTÁVIO DOS SANTOS NASCIMENTO", EM FRENTE A ESCOLA "SANTA RITA DE CÁSSIA", ATRAVESSAVA A RUA, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS, QUE APÓS O ATROPELAMENTO FUGIU DO LOCAL, ENQUANTO O SEU FILHO SOFREU LESÕES GRAVE NA PERNA DIREITA E LOGO APÓS DEU ENTRADA NO HOSPITAL SÃO LUIS, DESTA CIDADE, E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO, FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ. DIANTE DO FATO REGISTRA-SAE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

**ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA**  
(NOTICIANTE)

*Elisângela dos Santos Ferreira*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

*↑ 4*





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. **19E0206002821**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2019** às **10:32**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/2/2019** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SEVERINO DE SOUZA LEAL, 1** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESCOLA SANTA RITA DE CASSIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (NOTICIANTE)  
LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA** Pai: **JOSÉ LEONARDO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **8/2/2013**  
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15770407469 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:  
- **81996096756**

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 10, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

**ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA FRANCISCA NASCIMENTO DOS SANTOS** Pai: **OTÁVIO JOSÉ DOS SANTOS** Data de Nascimento: **23/2/1974**  
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6145982/SDS/PE (RG), 04836190436 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:  
- **81996096756**

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

## Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A SRA. ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA, NOTICIANDO QUE NO DIA 21/025 /2019, POR VOLTA DAS 13:40 HORAS NA RUA SEVERINO DE SOUZA LEAL, CENTRO DESTA CIDADE, NO MOMENTO EM QUE O SEU FILHO MENOR "LUIZ OTÁVIO DOS SANTOS NASCIMENTO", EM FRENTE A ESCOLA "SANTA RITA DE CÁSSIA", ATRAVESSAVA A RUA, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS, QUE APÓS O ATROPELAMENTO FUGIU DO LOCAL, ENQUANTO O SEU FILHO SOFREU LESÕES GRAVE NA PERNA DIREITA E LOGO APÓS DEU ENTRADA NO HOSPITAL SÃO LUIS, DESTA CIDADE, E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO, FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ. DIANTE DO FATO REGISTRA-SAE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

**ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA**  
(NOTICIANTE)

*Elisângela dos Santos Ferreira*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

*JS*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS 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:

LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

6 - CPF:

157.704.074-09

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA LAGOA NOVA

9 - Número:

78

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

VILA NOVA

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55750-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

491613907

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:

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

18 - CPF do Representante Legal:

048.361.904-36

19 - Profissão do Representante Legal:

R. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1295

CONTA: 19281

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ 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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Surubim - PE 29-11-2019

Elisângela dos Santos Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS 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:

6 - CPF:

LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

157.704.074-09

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

ESTUDANTE

RUA LAGOA NOVA

78

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

VILA NOVA

SURUBIM

PE

55750-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

491613907

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:

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

048.361.904-36

R. INF.

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295

CONTA: 19281

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

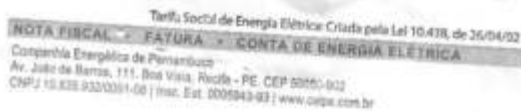
40 - Local e Data:

Surubim - PE 29-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**DADOS DO CLIENTE**  
ALFONSO MARIA MAURA DE A. FERNANDES

**EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CPF 545 734 444-04

CENTRO SURUBIM  
SURUBIM PE  
55750-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
BT FICHUEPAC/IN  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSAO
019/2009	02-A	07/10/2019
APRESENTACAO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALACAO
07/10/2019	2011160322	3753008

GUSTO E CONFIDATO  
 7005749888  
 MESA  
 14/10/2019  
 07:11/2019  
 TOTAL A PAGAR (R\$)  
 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adm-HYH	108 2000020	0.81089952	87.55
Achessino Bandeira AMARELA			0.50
Achessino Bandeira VERMELHA			5.01
Canoa 3km Pública Municipal			5.04
ICMS Subvenção C.T.E - NF 060224776-04/07/19			0.78
ICMS Subvenção C.C.E - NF 073044282-05/09/19			0.60
Multa por atraso - NF 070940394 - 04/09/19			1.26
Autos por atraso - NF 070940394 - 04/09/19			0.11
TOTAL DA FATURA			

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									102.74
Nº DO MENOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0007014	3	04-09-2018	26.126.03	07-10-2018	26.327.20	33	1.000W		108.00

**ANÁLISE DO CONSUMO**

Período	Consumo (m³)
Jul 12 - 146	
Set 12 - 81	
Out 12 - 112	
Nov 12 - 111	
Dez 12 - 178	
Jan 13 - 142	
Fev 13 - 103	
Mar 13 - 172	
Abr 13 - 188	
Mai 13 - 182	
Jun 13 - 133	
Jul 13 - 178	
Ago 13 - 185	
Sep 13 - 133	

**REPARTIÇÃO DE TRIBUTOS**

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	97,06	25,00	24,26
PIS	97,06	1,29	1,26
COFINS	97,06	1,29	1,26

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

	QD	VALOR	PERCENTUAL
Geração de Energia	89	26,40	30,00%
Tratamento	88	3,21	3,61%
Rede Básica (Capex)	92	19,81	21,07%
Perda de Energia	93	6,37	6,83%
Serviços Suportados	94	4,01	4,59%
Tributos	95	24,99	22,23%
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>88,08</b>	<b>100%</b>

**TARIFAS APLICADAS**

1.843,00

**PERDA DE ENERGIA**

1.843,00

BBB BBS BCB BSC BOD BOP BOW BOW BOW BOW

## EXPERIMENTAL

[illegible]

As a result, the system can be used to monitor the system's performance and to detect any anomalies. The system can also be used to monitor the system's performance and to detect any anomalies.

**CELPE**  
Serviços



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, Pernambuco - CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0055843-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PEREIRA BARBOSA

CPF 058.552.954-00

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LAGOA NOVA 78

VILA NOVALAGOA NOVA  
SULBIM PE  
55750-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050435643	UNICA	13/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2019	200189572	3772790

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4002291857	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA FATORIAL
20/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	69,53

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	89,0000000	0,73479653	65,39
Contrib. Rum. Pública Municipal			3,32
Multa por atraso-NF 048679790 - 15/01/19			0,32
Multa por atraso-NF 042952583 - 17/12/18			0,33
Juros por atraso-NF 048679790 - 15/01/19			0,03
Juros por atraso-NF 042952583 - 17/12/18			0,19
Compensação FIC Anual 2018			-0,05

## TOTAL DA FATURA

69,53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
90872950	CAT	15.01.2019	11.155,00	13.02.2019	11.244,00	28	1,00000	89,00

## HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano (kWh)	
FEV 19 89	
JAN 19 30	
DEZ 18 30	
NOV 18 30	
OUT 18 30	
SET 18 30	
AGO 18 30	
JUL 18 30	
JUN 18 30	
MAY 18 30	
ABR 18 30	
MAR 18 30	
FEV 18 30	

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	65,39	25,00	16,34
PIS	65,39	0,71	0,46
COFINS	65,39	3,31	2,18

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	30,77	31,74%
Transmissão	2,07	4,94%
Distribuição (l)	14,37	21,98%
Perdas de Energia	4,52	6,91%
Encargos Setoriais	3,70	5,66%
Tributos	19,86	28,04%
Total	65,39	100%

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Ativo (kWh)	0,52158000

RESERVAÇÃO AO FISCO	
8361 A730 75AF 23B2 A48E A437 A737 F710	

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais perto de vencimento da fatura do consumo, em até 15 dias úteis, para não incorrer em multa e juros. Se não for pago, a fatura será considerada em atraso e a multa e juros serão aplicados. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a fatura em vigor e a validade. Para informações sobre a validade da fatura, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a fatura em vigor e a validade. Para informações sobre a validade da fatura, consulte o site www.celpe.com.br.

A produção gerada no Sistema de Geração de Energia (SGE) é destinada ao atendimento das demandas de energia elétrica da região. A produção gerada no SGE é destinada ao atendimento das demandas de energia elétrica da região. A produção gerada no SGE é destinada ao atendimento das demandas de energia elétrica da região.

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	VALOR APLICADO (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
ENC	0,00	5,50	11,10	33,30
FIC	0,00	3,42	6,84	13,70
DMC	0,00	0,00	0,00	0,00

Limite DCM: 12,22

R\$50 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 24,50

## NÍVEL DE TENSÃO

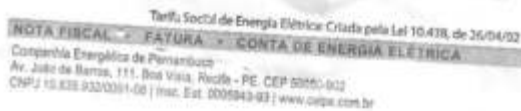
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

4002291857 02/2019 20/02/2019 69,53

83820000000-2 69530011004-3 00229185710-4 13825444113-4





**DADOS DO CLIENTE**  
ALFONSO DA MOTA TEIXEIRA DE A. FERNANDES

**EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CPF 545 734 444-04

CENTRO SURUBIM  
SURUBIM PE  
55750-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
BT FICHUEFACIL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
019/2009	02-A	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2019	2011160322	3753008

GUSTO E CONFIDATO  
 7005749888  
 MESA  
 14/10/2019  
 07:11/2019  
 TOTAL A PAGAR (R\$)  
 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ad-valorem	108 2000020	0.81089952	87.55
Achessino Bandeira AMARELA			0.50
Achessino Bandeira VERMELHA			5.01
Canoa 30m Pública Municipal			6.94
ICMS Subvenção C.T.E - NF 060224776-04/07/19			0.78
ICMS Subvenção C.C.E - NF 073044282-05/09/19			0.60
Multa por atraso - NF 070940394 - 04/09/19			1.26
Anexo por atraso - NF 070940394 - 04/09/19			0.11
TOTAL DA FATURA			

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									102.74
Nº DO MENOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KW/h)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
007014	3.3.3	04-09-2018	26.126.03	07-10-2018	26.327.20	33	1.000W		108.00

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12
IRROF	28,13
IRROF	29,12
IRROF	30,13

**RECEITA DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO**

IMPOSTO	VALOR (R\$)
IRPJ	10,16
IRMEF	8,11
IRPF	11,12
IRLRF	11,11
IRRF	14,12
IRROF	15,13
IRROF	17,12
IRROF	18,13
IRROF	19,12
IRROF	20,13
IRROF	21,12
IRROF	22,13
IRROF	23,12
IRROF	24,13
IRROF	25,12
IRROF	26,13
IRROF	27,12

BBB BBS BCB BSC BOD BOP BOW BOW BOW BOW

## EXPERIMENTAL

[illegible][illegible]

**CELPE**  
Serviços



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 M<sup>te</sup> Moura de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444-04/  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elisângela dos Santos Ferreira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 048.362.904/36, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima  
Luís Otávio Santos do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 157.704.074/09, 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 São Batista</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Serrolim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) <u>9-91613907</u>	Telefone celular (DDD) <u>9-97001998</u>	

Serrolim-PE 29 de novembro de 2019  
Local e Data

Adriana M<sup>te</sup> Moura de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM  
Rua Maria Barbosa S/Nº - Centro, Surubim - PE  
Fone: 81 - 36341621 Fax: 3634-1461  
CNPJ 11.754.025/0001-05  
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO, deu entrada neste serviço no dia 21/02/19, após pancada de moto, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Otavio de Freitas, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 18 de outubro de 2019.

  
Adriana Olívia Cabral  
Funcionária Encarregada



**HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA**

*Conceder*

Atendimento: 119/29420      Data: 21/02/2019 13:28  
Convênio: SUS      Matrícula:  
Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Recep: SIDILENE  
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA  
Cartão SUS.

Registro: 301331  
Paciente: LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO  
Nascimento: 06/02/2013 - Idade: 6 anos  
Endereço: SÍTIO JUCA FERRADO  
Bairro: ZONA RURAL  
IBGE/Cidade: SURUBIM  
Pai: JOSE LEONARDO DO NASCIMENTO  
Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA  
Est. Civil: Solteiro(a)

Prontuário: 0  
Cor: Parda  
Sexo: Masculino  
C.P.F. :  
Identidade: /  
Telefone: 91330342  
G. instrução:  
Ocupação: MENOR  
Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

*Do. Infec. - Infec.  
para exame qd. Paul de Mota  
de 1 ano  
Exame em 1º de 1  
em 1º  
Inibido*

Exames Complementares:

*S: 5625217  
H. 60 J*

*7*  
Medico  
CRM-PE 1309

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

Assinatura e Carimbo do Médico

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM  
Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO BOM DESPACHO  
INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE

5605017

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:		
Nome do Paciente: <i>Imelda de S. S.</i>					
Quadro Clínico:					
Diagnóstico: <i>Tuberculose pulmonar Discreta</i>					
1.ª REMOÇÃO	Destino: <i>Reg. de S. S.</i>		Município: <i>Surubim</i>	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Tuberculose - f.b.</i>				
	Assinatura do Responsável: <i>Francisco Eudes R. de Aquino</i> Medico CRM-PE 13931		N.º do C.R.M.: <i>13931</i>	Data: <i>12/01/94</i>	
2.ª REMOÇÃO	Destino:		Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):				
	Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:	
3.ª REMOÇÃO	Destino:		Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):				
	Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:	
4.ª REMOÇÃO	Destino:		Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):				
	Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:	
Unidade Prestadora do Atendimento:			Município:		
Especificação do Atendimento Prestado:					
Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:		



**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM**  
 Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO BOM DESPACHO  
 INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE

5625217 LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE SURUBIM

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:
Nome do Paciente: <i>Luiz Otávio de Jesus</i>			
Quadro Clínico:			
Diagnóstico: <i>Síndrome febril por Dengue</i>			
1ª REMOÇÃO	Destino: <i>Reg. de Saúde de São</i>	Município: <i>Recife</i>	H. de Saída:      H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Tratamento específico</i>		
	Assinatura do Responsável: <i>[Assinatura]</i>	N.º do C.R.M.: <i>1300</i>	Data: <i>20019</i>
2ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:      H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:
3ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:      H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:
4ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:      H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:
Unidade Prestadora de Atendimento:		Município:	
Especificação do Atendimento Prestado:			
Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:

# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 21/02/2019 15:59

Nome Paciente: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO  
Cód. Paciente: 1080682  
Data de Nascimento: 08/02/2013  
Sexo: Masculino  
Idade: 6  
Senha: EA0029  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 3302344  
SAME: 1080682



Período: 21/02/2019 16:11 - 21/02/2019 16:12

CARLA VASCONCELOS NETTO DE SIQUEIRA - COREN: 305767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HOJE

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CARLA VASCONCELOS NETTO DE SIQUEIRA - COREN: 305767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/02/2019 16:12



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome:  
LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Sexo: MASCULINO  
CNS: 702406042859126

Mãe:  
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

Endereço:  
SÍTIO JUCA FERRADO, N.º 0 - BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Idade:  
6 Anos 0 Mês 14 Dias

Contatos:  
81. 95643404 | Celular: 81.

Nasc.  
08/02/2013

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/02/2019 06:01

Prontuário: 1080682

Nº. Atendimento: 3302431

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

EMERGENCIA PEDIATRICA-E PED 19

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

CIRURGIA PROPOSTA:

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA TÍBIA D

CIRURGIA REALIZADA:

A MESMA

DIAGNOSTICO INICIAL:

FRATURA DA TÍBIA D

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

O MESMO

TERCORRÊNCIA:

CIRURGIÃO: DR. GEORGE ROCHA  
1º AUXÍLIO: DR. ANDRÉ PALITOT  
ANESTESISTA: DRA. CECÍLIA

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15896 TEOT 11537

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/02/2019 06:01  
Prontuário: 1080682  
Nº. Atendimento: 3302431  
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

EMERGENCIA PEDIATRICA-E PED 19

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

Nome:  
LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Idade:  
6 Anos 0 Mês 14 Dias

Nasc.  
08/02/2013

Sexo:  
MASCULINO

CNS:  
702406042859126

Contatos:  
81. 95643404 | Celular: 81.

Mãe:  
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

Endereço:

SITIO JUCA FERRADO, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

CIRURGIA PROPOSTA:

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA TÍBIA D

CIRURGIA REALIZADA:

A MESMA

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DA TÍBIA D

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

O MESMO

INTERCORRÊNCIA:

CIRURGIÃO: DR. GEORGE ROCHA  
1º AUXÍLIO: DR. ANDRÉ PALITOT  
ANESTESISTA: DRA. CECÍLIA

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 45896 TEOT 11637

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO

Paciente: 1080682 - LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Idade: 6 Anos 0 Mês 14 Dias

Data de Nascimento: 08/02/2013

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 12345

Função: MEDICO(A)

### RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3302431

Leito: EMERG PED 19

Admissão: 22/02/2019 06:01

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 467889 (FECHADO)

Responsável: GEORGE ROCHA FERREIRA - CRM 15896 /  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 22/02/2019

Data/Hora do Documento: 22/02/2019 09:55

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO DE FRATURA DA TÍBIA D SOB ANESTESIA.  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS..  
SOLICITO RX DE CONTROLE

**Dr. George Rocha**  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15896 TEOT 11537

GEORGE ROCHA FERREIRA  
CRM 15896



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 21/02/2019 16:09

Prontuário: 1080682

Nº. Atendimento: 3302344

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:  
MEDICO PLANTONISTA

Nome:  
LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Idade:  
6 Anos 0 Mês 13 Dias

Nasc.  
08/02/2013

Sexo:  
MASCULINO

CNS:  
702406042859126

Contatos:  
81. 95643404 | Celular: 81.

Mãe:  
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

Endereço:  
SÍTIO JUCA FERRADO, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

## Admissão

### Queixa Principal

DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA APOS ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA

### História Clínica

DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA APOS ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA HOJE

### Exame Físico

SEM FERIMENTOS  
NEUROVASCULAR PRESERVADO

### Observações

### Conduta

INTERNO PACIENTE PARA REDUÇÃO SOB SEDAÇÃO

ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA - CRM: Nº. 20645

Dra. Leticia  
Cirurgia da Mão  
CRM 20645

# EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Luiz Otávio Nascimento

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/02	19 7:10	1 - Plantão Pediatra
sd=bc		10:11H
Peso=25kg		
		HSD - Feratuna na fixação Tibial
		Em dieta zero
		Nega alergias
		Quanto a
		SDR, eufórico, alerta, hidratado.
		em m. normal.
		Am. nen, RMF S/SOM
		AD ausente de m. normal
		SNE-ME D Imobilizado, sem lise
		perfusão
		Ed: ① Repre em dieta zero
		e a grande procedimento
		simples
		② Necessário restrição de
		presença
		Elisabete Cassino
		CRM-PE 112942
22.02.19		Menor evolui bem, consciente, calmo, ativo, reativo, hidratado, acordado, eufórico, afável, fala grande em HSD, nega alergias, dieta zero, HSD e HDT. Euc. ao BC.
22.2.19		Recebeu alta hospitalar. Orientação para
		24h, levar Rx

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/02/19		OK-10
		Paciente em quies.
		ECG, duplas, Coracao, Genfalo.
		SNV -> normal.
		Re controle func D ->
		Oletida reducao adequada
		2. Plta = 1 Quinteron
		Indicador
		As Indicações.
		Dr. Ricardo M. Cipaldi Ortop CR 11-17/801 REG. 13539

21 OK-12 4

Pacinto an gwe.

EBB, Duponts, Corcoran,  
Gunnell.

SNV  $\rightarrow$  more

De controle punt D →  
De fide reducele odefunde

2. Plf = 1 Benutzer

Richard

As indicated -

Dr. Ricardo Augusto Tripaldi  
Ortop  
CR 4-17804 TEL. 13639



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome:  
LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Idade:  
6 Anos 0 Mês 14 Dias

Nasc.  
08/02/2013

Sexo:  
MASCULINO

CNS:  
702406042859126

Contatos:  
81. 95643404 | Celular: 81.

Mãe:  
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

Endereço:  
SÍTIO JUCA FERRADO, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/02/2019 06:01

Prontuário: 1080682

Nº. Atendimento: 3302431

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

EMERGENCIA PEDIATRICA-E PED 19

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:

DATA AVISO CIRURGIA:

ATENDIMENTO:

CÓDIGO PACIENTE:

03302431

01080682

NOME DO PACIENTE:

SITUAÇÃO CIRURGIA:

LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

TIPO DE ANESTESIA:

COM CEC:

COM ROBÓTICA:

GERAL ENDOVENOSA PURA

CID FINAL:

Procedimento

Material:

DATA / HORA INICIAL:

DATA / HORA FINAL:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

1. DDH SOB ANESTESIA
2. REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA SOB TRACÃO MANUAL
3. COLOCAÇÃO DE GESSO COXOPODÁLICO MID
4. RX DE CONTROLE

Dr. George Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15896 TEOT 11537



**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
SURUBIM - PE**

CNPJ 11.426.348/0001-01

Rua Cônego Benigno Lira, s/n - Fórum

CEP 55.750-000

Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues

Oficial Designada

Maria Genoveva Ramos Albuquerque

Substituta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

**LUÍS OTÁVIO SANTOS DO NASCIMENTO**

MATRÍCULA

0766790155 2013 1 00044 080 0045975 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA

MÊS

ANO

oito de fevereiro de dois mil e treze

08

02

2013

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE FEDERAÇÃO

05:20

Surubim-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Surubim - PE

no Hospital São Luiz, desta Cidade de Surubim-PE

masculino

FILIAÇÃO

José Leonardo do Nascimento e Elisângela dos Santos Ferreira

AVÓS

Avós Paternos: Linaldo Francisco do Nascimento e Maria de Jesus do Nascimento

Avós Maternos: Otávio José dos Santos e Severina Francisca Nascimento dos Santos

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

x-x-x-x-x

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

sete de março de dois mil e treze

30-61289226-5

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

1ª VIA. ATO GRATUITO. Registro lavrado no Lv. A-44, fls.80, nº45.975.



Válido Somente com o selo de  
Autenticidade e Fiscalização.

Cartório do Registro Civil da Comarca de Surubim  
Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues - Oficiala designada  
Maria Genoveva Ramos Albuquerque - 1ª Substituta  
Rua Cônego Benigno Lira, s/n - Centro - Fórum  
Surubim/PE - CEP: 55.750-000

O conteúdo da Certidão é verdadeiro.  
Dou Fé.  
07 de março de 2013

OFICIAL

Maria Genoveva Ramos Albuquerque



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número**

**157.704.074-09**

**Nome**

**LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO**

**Nascimento**

**08/02/2013**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME  
**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDA**

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

CPF  
**945.234.444-04**

DATA NASCIMENTO  
**26/07/1974**

FILIAÇÃO  
**JOSE GOMES DE MOURA**

**ISMARTE FERNANDA DE MOURA**

PERMISSÃO  
**0000000000**

ACC  
**000000**

CAT. HABIL  
**3**

N.º REGISTRO  
**02376605079**

VALIDADE  
**08/06/2023**

1.ª HABILITAÇÃO  
**17/06/2002**

OBSERVAÇÕES

*Adriana M. Moura de A. Almeida*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**SURUBIM - PE**

DATA EMISSÃO  
**10/04/2017**

Carlos Anderson Souta Ribeiro  
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**PERNAMBUCO**

53286785000  
 PE072665272

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1421884961**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1421884961**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08B-36  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BURIL



Elisângela dos Santos Ferreira

CATEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 6145982 DATA DE EXPEDICÃO 28.08.1998

NOME  
ELISÂNGELA DOS SANTOS FERREIRA  
NOME DO PAI Otávio José dos Santos  
NOME DA MÃE Severina Francisca Nascimento dos Santos  
NATURALIDADE Surubim-PE DATA DE NASCIMENTO 23.02.1974  
DOC. ORDEM C.C. 3091-L.B.A. 06.P.46. Cart. de Surubim-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.119 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

048 361 901-36

Nome  
ELISÂNGELA DOS SANTOS FERREIRA

Nascimento  
23.02.1974



048 361 901-36



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **048.361.904-36**

Nome: **ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA**

Data de Nascimento: **23/02/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **07/06/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:27:41** do dia **14/10/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **6E68.9D7D.6418.B0AA**



Este documento não substitui o Comprovante de Inscrição no CPF.

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428047/19

**Vítima:** LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

**CPF:** 157.704.074-09

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/02/2019

**Titular do CPF:** LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA : 048.361.904-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200046382 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/02/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

**Data da análise:** 30/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO REALIZADO COM REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA, COM COLOCAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA COXO-PODÁLICO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

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

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME PARECER DA PERÍCIA MÉDICO PRESENCIAL REALIZADA NO DIA 11/12/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200046382 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/02/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

**Data da análise:** 30/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO REALIZADO COM REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA, COM COLOCAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA COXO-PODÁLICO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

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

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME PARECER DA PERÍCIA MÉDICO PRESENCIAL REALIZADA NO DIA 11/12/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE


NOME: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.145.982 SSP/PE - CPF 048.361.904-36
DATA DO ACIDENTE: 21/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO - CPF:157.704.074-09
ENDEREÇO: RUA LAGOA NOVA, 78, VILA NOVA, SURUBIM - 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**.

SURUBIM- PE 13 DE MARÇO 2019

 Elisângela dos Santos Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE


NOME: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.145.982 SSP/PE - CPF 048.361.904-36
DATA DO ACIDENTE: 21/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO - CPF:157.704.074-09
ENDEREÇO: RUA LAGOA NOVA, 78, VILA NOVA, SURUBIM - 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**.

SURUBIM- PE 13 DE MARÇO 2019

 Elisângela dos Santos Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038644/20

**Vítima:** LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

**CPF:** 157.704.074-09

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/02/2019

**Titular do CPF:** LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA : 048.361.904-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/01/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020

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-0428047/19

**Vítima:** LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

**CPF:** 157.704.074-09

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/02/2019

**Titular do CPF:** LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA : 048.361.904-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos