

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

Rio de Janeiro, 29 de 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



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

Rio de Janeiro, 06 de 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:

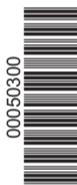
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
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): 991613907		

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1295	CONTA: 19 281	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	CONTA: _____
(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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

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

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

Elisângela dos Santos Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 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 N° 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
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	16 - Tel.(DDD): 991613907
15 - E-mail:				

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1295	CONTA: 19 281	AGÊNCIA: _____
(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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

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



**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 - Culposo (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: **SEVERINA**
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**
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 (VEICULO) 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 21/02/2019, 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 IDENTIFIDOS, 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)**

Elisangela dos Santos Ferreira

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

TS





**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 - Culposo (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: **SEVERINA**
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 (VEICULO) 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 21/02/2019, 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 IDENTIFIDOS, 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)**

Elisangela dos Santos Ferreira

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

TS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
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): 991613907		

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1295	CONTA: 19 281	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	CONTA: _____
(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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

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

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
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): 991613907		

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

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



CELPE

NOTA FISCAL • **FATURA** • **CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA**

DADOS DO CLIENTE

ENQUERIDO DA UNIÃO DE CONSUMOES

CPH-945-714-434-04

CLASSIFICAÇÃO

CPF: 945.734.644-04	CENTRO/SURUBIM SURUBIM PE 55750-000
CLASSIFICAÇÃO BT RESIDENCIAL RESIDENCIAL	
NR. DA NOTA FISCAL: 0719/28807	DATA EMISSÃO: 07/10/2019
APRESENTAÇÃO: 07/10/2019	NR. DO CLIENTE: 2011100002
	Nº DA NOTA LACRADO: 325.400
	VALOR A PAGAR (R\$)
	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adm(Vts)	150.0000000	0.810000000	87.55
Acessório Bandeira AMARELA			0.50
Acessório Bandeira VERMELHA			0.01
Centro Atra. Pública Municipal			0.50
CMS Subvenção CLE-NF 000224778-5407/19			0.01
CMS Subvenção CDE-NF 073044267-0509/19			0.01
Alota por abusivo-NF 0730440384-0409/19			0.00
Alota por abusivo-NF 0730440384-0409/19			0.00

TOFET-DEFAUTS

1027

INFORMAÇÕES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MES	VALOR	RÁZAO DE CALCULO	%	VALOR DO REPORTADO	Despesas de Energia	R\$	%
SET/18	81			82,06	Despesas de Energia	R\$ 26,49	31,00%
AGO/18	112			82,06	Transportes	R\$ 3,21	4,27%
AU/18	113	ICMS		82,06	Residência (Café)	R\$ 10,81	13,07%
ABR/18	162	PIS		82,06	Perdas de Energia	R\$ 6,37	8,53%
MAR/18	162	COFINS		82,06	Recarga Bateria	R\$ 4,61	5,95%
MAR/18	162				Tributos	R\$ 74,39	92,22%
ABR/18	172				Total	R\$ 81,06	100%
MAR/18	166						
FEV/18	162						
JAN/18	157						
DEZ/18	156						
NOV/18	155						
OCT/18	153						

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Por favor lea la información importante que aparece en la parte superior de esta tarjeta de identificación. Esta tarjeta es válida para el uso de los servicios de emergencia y para la identificación de su paciente. Si tiene alguna pregunta acerca de su tarjeta de identificación, por favor llame al número de teléfono que aparece en la parte superior de la tarjeta.

Si tiene alguna pregunta acerca de su tarjeta de identificación, por favor llame al número de teléfono que aparece en la parte superior de la tarjeta.

4-12-2013 2013-09-04
Hannover, Germany
414/2013, Berlin, Germany
entreprenat, entrepreneur, entrepreneur
entrepreneurship, entrepreneurship, entrepre
neurship, entrepreneurs, entrepreneurship





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 15.835.932/0001-08 | insc. Est. 0005843-93 | www.cepe.com.br

林木育种学报 2013 年

MARIA DE LURDES REBEIRA BARBOSA

BUSCANDO LA INTEGRIDAD CON LOS DIFERENTES

BIT 181-3 GOA-NOMA TR

GBE 1993 65(2) 96A-971

VILA NOVA DE AGUIAR

CLASSIFICATION

SUPERIOR
SCHOOL

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CLASSIFICAÇÃO		55750-000	
B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL		CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
		4002291857	02/2019
		DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LITURA
		20/02/2019	15/03/2019
		TOTAL A PAGAR (R\$)	69,53
Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	
050438643	UNICA	13/02/2019	
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
13/02/2019	2001885572	377290	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA RUTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	89.0000000	0,73479853	65,39
Contrib. Itam. Pública Municipal			3,32
Multa por atraso-NF 048879790 - 15/01/19			0,32
Multa por atraso-NF 042852583 - 17/12/18			0,33
Juros por atraso-NF 048879790 - 15/01/19			0,03
Juros por atraso-NF 042852583 - 17/12/18			0,19
Compensação FIC Anual 2018			-0,06

TOTAL DA FATIGA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DEZIMA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
90877955	CAT	15-01-2019	11.155,00	13-02-2019	11.144,00	28	1.00000		85,00

WISTAR CO. OF PHILADELPHIA

1986-1987年全国高等学校教材选用情况统计表

— 1 —

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DO TRIBUTOR			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MES/ANO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	%
FEB'19	88				Itaipu Binacional	R\$ 20,77	23,75%
JAN'19	30	ICMS	65,79	25,00	R\$ 15,19	R\$ 3,19	4,22%
DEZ'18	30	PIS	95,20	0,71	Distribuidora I	R\$ 14,37	21,89%
NOV'18	30	COFINS	95,29	3,31	Período de Energia	R\$ 3,12	8,81%
OUT'18	30				Energias Sustentáveis	R\$ 3,76	10,66%
					Tributos	R\$ 10,98	28,22%
					Total	R\$ 65,38	100%



TARIFAS APLICADAS

— 1 —

中華人民共和國農業部農業科學院編

Peque no portamento perdo de vocal feminina do bairro do coqueiro, em meia hora atra queira 125 misteriosas lhe-mostra. Encantado coqueiro, lhe compõe em minhas horas. Deixa-nos de fatura o bairro em rigor e a viseira. Mais informações em breve, amanhã, pelo telex. O cliente é compensado quando se vêem-lhe comprovadas individual ou qualquer de forma de fornecimento. Peço, em estrato permanente 250041545-0001, L. Junta 1500, R. 015002101 e sua ligação monetária no prazo, mais longo ou curto, conforme Art. 8º, VIII, e, 2º, da Lei 8.666/93-PLP. O Cliente é imparável quando avisa-nos da descumprimento do prazo de prazo fixado para a realização.

Atividades gerenciais
Participação (Parcerias) ANEEL, 2010/2011, lei 8.036, presidente, diretor-geral presidente e titulares se encarregam da disposição para contratação, amparadas unicamente de competência e no que

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONSUMO SUPPLY	VALOR APROVADO R\$ 0,00/0,00	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (%)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
					MÍNIMO	MÁXIMO	
EBC	0,00	5,05	11,10	22,20	220	202	231
FIC	0,00	3,43	8,88	13,76			
DMC	0,00	1,20	3,00	6,00			

Linha DICEN 12-22 | 0002 - Venda de Processos de Censo de Sistemas de Dados e Bases de Dados

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4002281857	02/2018	20/02/2019	69,53





CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.478, nº 26/2002

FATURA - CONTA DE ENERGIA

DADOS DO CLIENTE

ENQUERIDO DA UNIÃO DE CONSELHOS

CPH-945-714-434-04

CLASSIFICAÇÃO

CENTRO SUR RUBIM
SURUBIM PE
55750-000

Nº CARNET FISCAL 079-25007	SCB 162-A	PERÍODO 07/10/2019
APRESENTAÇÃO 07/10/2019	Nº DE CREDITS JU7110000	Nº DA NOTA LACRO 375-JOLCE

7005749888 10/2019
14/10/2019 07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

ITEM FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Comum Arroz/VW	100	0,000000	0,00
Acessório Bandeira AMARELA			87,50
Acessório Bandeira VERMELHA			0,50
Colar: Lata Pública Municipal			5,00
KOM Subvenção CLE-NF 00022478-546/21/8			8,50
KOM Subvenção CLE-NF 07304429-050/21/8			0,70
Multa por atraso-NF 073044294-040/21/8			0,80
Multa por atraso-NF 073044294-040/21/8			1,20
			0,00

TOFET-DEFAUTS

102-74

DEMONSTRATION OF CONVERGENCE

Nº DO MEJOR ESTR	TIPO DA FUNÇÃO EST.	REGISTRO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
		ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS 33	CONSTANTE 1.0000	AJUSTE	CONSUMO (KWH) 100.00
		DATA EST.	LEITURA EST.	DATA EST.	LEITURA EST.				
		04-09-2018	26.176(00)	07-10-2018	26.237(00)				

第十一章

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Por favor lea la información importante que aparece en la parte superior de esta tarjeta de identificación. Esta tarjeta es válida para el uso de los servicios de emergencia y para la identificación de su paciente. Si tiene alguna pregunta acerca de su tarjeta de identificación, por favor llame al número de teléfono que aparece en la parte superior de la tarjeta.

Si tiene alguna pregunta acerca de su tarjeta de identificación, por favor llame al número de teléfono que aparece en la parte superior de la tarjeta.

[View details](#)





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 50050-902
CNPJ 10.655.832/0001-08 | Insc. Est. 0005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PEREIRA BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LAGOA NOVA 78

CPF: 058 552 954-00

VILA NOVA/LAGOA NOVA

CLASSIFICAÇÃO

SILUBIM PE

55750-000

B1: RESIDENCIAL,
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO

MÊS ANO

4002291857

02/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PRÓXIMA PAGAMENTO

20/02/2019

15/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

69,53

13/02/2019

200188572

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		89.0000000	0,73479853	66,39
Contrib. fum. Pública Municipal				3,32
Multa por atraso-NF 0428579780 - 15/01/19				0,32
Multa por atraso-NF 042852583 - 17/12/18				0,33
Juros por atraso-NF 0428579780 - 15/01/19				0,03
Juros por atraso-NF 042852583 - 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	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
90872581	CAT.	15/01/2019	11.155,00	13/02/2019	11.244,00	28	1.000000



INFORMAÇÕES DE DISTRIBUIDOR

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
ICMS	16,78	25,00
PIS	95,30	0,71
COFINS	95,30	2,31

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 30,77	31,78%
Transmissão	R\$ 3,37	3,48%
Distribuição	R\$ 14,37	15,00%
Perdas de Energia	R\$ 4,52	4,81%
Emergências Sistêmicas	R\$ 1,76	1,88%
Tributos	R\$ 18,88	20,00%
Total	R\$ 94,39	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)

0,52158030

RESERVADO AO FISCO

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTE

Peça no ponto mais próximo de sua fatura a tarifa de consumo. O modelo anexo guia o cliente para obter a sua consumação. Mais informações em: www.celpe.com.br. A Nota de Faturamento é composta pelo número da conta e pelo número individual ou doméstico da fiação de fornecimento. Pode ser consultado no site www.celpe.com.br, na aba "Meus serviços". O cliente é responsável pelo seu número de identificação, constante na fatura, que é o número de identificação do prédio, módulo, bloco ou apartamento. O número é composto por quatro dígitos e deve ser informado ao atendimento cliente.

A concessionária de fornecimento é a Companhia de Eletricidade de Pernambuco S.A. (CELEPE), na sua forma jurídica, ou seu representante legal, que se encontra à disposição para consulta, encaminhando suas demandas ao endereço eletrônico www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES

CONSUMO	VALOR APROVADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
SUPERIOR	R\$0,0018	5,55	11,10	33,31	220	202 231
FIC	0,00	3,47	8,88	13,75		
DMC	0,00	3,20	7,80	9,00		

Límite DCR: 12,22 R\$/D - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 24,80

CONTA CONTRATO

4002291857

MÊS/ANO

02/2019

DATA DE VENCIMENTO

20/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

69,53

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



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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Adriana M. Moura de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elizangela dos Santos Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.361.904/36, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Junes Otávio Santos de 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 Lider-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	Rua São Botista	Número	370	Complemento	Casa
Bairro	centro	Cidade	Surubim	Estado	PE
Email		Telefone comercial (DDD)	9-91613907	Telefone celular (DDD)	9-97001998

Surubim-PE 29 de novembro de 2019
Local e Data

Adriana M. 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 - 36341624 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 Olivia Cabral
Funcionaria Encarregada

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

correto

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

Recep: SIDILENE
Setor: URGENCIA/EMERGÊNCIA
Cartão SUS:

Registro: 301331
Paciente: LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO
Nascimento: 06/02/2013 - Idade: 6 anos
Endereço: SITIO 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: /
UF: PE Telefone: 91330342
G. instrução:
Ocupação: MENOR
Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

Da. infec - inflam

per seco qd' pnt de sota

slt b. vnl

Exm ex per D

q d.

inflam

Exames Complementares:

S. 5625217
H. 6022

*radiografia
Medico
CRM/PE 1304*

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

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:
Name do Paciente:	Luis Carlos da Cunha		
Quadro Clínico:			
Diagnóstico:	Doença fisiológica. Dese		
1.º REMOCÃO	Destino:	Município:	H. de Saída
	Rj. São Luiz	RJ	
Motivo (Registro Detalhado):	Transferência-fila		
Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:	
Francisco Eudes R. de Aquino CRM-PB 1300	1300	30/09/14	
Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:	
Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:	
Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:	
Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:		
Especificação do Atendimento Prestado:			
Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:	



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Data Nasc.: 08/02/2013

CPF: Idade: 6

RG:

Endereço: SITIO JUCA FERRADO

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Acompanhante:

Nome da Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3302344

Nome Social:

MASCULINO

Cor: PARDA

CNS: 702406042859126

Prontuário: 1080682

Religião:

Nº: 0

Estado: PE

Cidade: SURUBIM

Fone: 558195643404

Celular:

Profissão:

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/02/2019 16:09

Queixa Principal / HDA:

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dleta: _____

Horário

Data

de 2

26.02.19

medo

ESTO
FOI
NOTIFICADO
ONDE
22/02/19

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

562527 LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE SURUBIM

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:
Nome do Paciente:	<i>Dr. Olmo da Cunha</i>		
Quadro Clínico:			
Diagnóstico:	<i>Sentido fértil para Díre</i>		
Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado): <i>Tenho que ir lá</i>			
Assinatura do Responsável: <i>José Cícero Cunha da Cunha MEDICO CRM-PE 13090</i>	N.º do C.R.M.: <i>13090</i>	Data: <i>26/04</i>	
Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:	
Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:	
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:	

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

Periodo: 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 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

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 TIBIA D

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

O MESMO

TERCORRÊNCIA:

CIRURGIÃO: DR. GEORGE ROCHA
1º AUXILIO: DR. ANDRE PALITOT
ANESTESISTA: DRA. CECILIA

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15596 TEDT 11537

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO



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

Idade: 6 Anos 0 Mês 14 Dias Nasc. 08/02/2013
Contatos: 81. 95643404 | Celular: 81.

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-45896 TEOT 11637

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO

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 11327

GEORGE ROCHA FERREIRA
CRM 15896



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

Idade: 6 Anos 0 Mês 13 Dias Nasc. 08/02/2013
Contatos: 81. 95643401 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:
Data/Hora Alend.: 21/02/2019 16:09
Prontuário: 1080682
Nº. Atendimento: 3302344
Serviço: CIRURGIA
Enfermaria/Leito:
Médico:
MEDICO PLANTONISTA

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. Lecia Lima
Cirurgia da mão
CRM 20645

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Luiz Otávio Narciso

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/02	19:10h	- Plantão Pediatra -
Id = 6m		10.01H
Peso = 25Kg.		HQ - Feratur na perna e Tíbia D
DS		Sens f dor rectal, vontade de evacuação. Em diete zero.
DS		DS, espasmo, afecil, endolito. M fraco. Aur neg, RNF si som AD auscultar de moinho.
SNG	ME	ME D Inubilizado, com uso de perfusão
		① febre em diete zero e grande insuflamento torácico
		② Vomitos recente de predom.
22.02.19		Meu evolu bem, consciente, calmo, ativo, reativo, endolito, orada, espasmo, afecil, toda grande em HQD, nega alergias, dieta zero, MSD e HQT. Enc. av BC.
22.02.19		Recebeu alta hospitalar. Oriento revisão p/ád, levar Rx.



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: SITIO 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

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 TRAÇÃO MANUAL
3. COLOCAÇÃO DE GESSO COXOPODÁLICO MID
4. RX DE CONTROLE

Dr. George Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11637

**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL****SURURIM - PE**

CNPJ: 11.426.348/0001-01

Rua Cônego Benigno Lira, s/n - Fórum

CEP: 55.750-000

Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues

Oficiala Designada

Ana 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 EXTENO

oitavo de fevereiro de dois mil e treze

DIA

MÊS

ANO

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 EXTENO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

sete de março de dois mil e treze

30-61289226-5

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

1^ª 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 - 1^ª 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





048 361 904-36



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**

Dígito 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 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

Valorização 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

Valorização 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

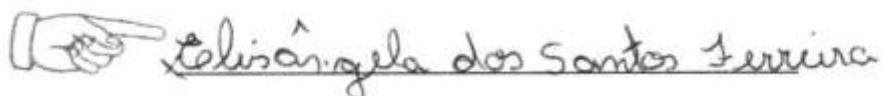
NOME: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.145.982 SSP/PE - CPF 048.361.904-36
DATA DO ACIDENTE: 21/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO - CPF:157.704.074-09
ENDEREÇO: RUA LAGOA NOVA, 78, VILA NOVA, SURUBIM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



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

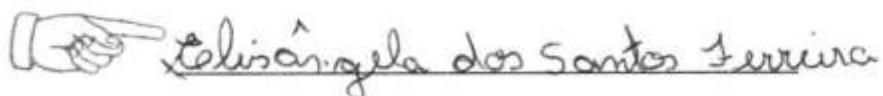
NOME: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.145.982 SSP/PE - CPF 048.361.904-36
DATA DO ACIDENTE: 21/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO - CPF:157.704.074-09
ENDEREÇO: RUA LAGOA NOVA, 78, VILA NOVA, SURUBIM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



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 ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 28/01/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

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 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