



Número: **0021731-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
L. O. S. D. N. (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (REPRESENTANTE)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
31º Promotor de Justiça Cível da capital (FISCAL DA ORDEM JURÍDICA)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67997 084	15/09/2020 16:28	2743445_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00217312020208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido, no membro inferior direito, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de sequelas, conforme demonstrado abaixo:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009151628071530000066693130>
Número do documento: 2009151628071530000066693130

Num. 67997084 - Pág. 1

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-PODALICO, 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

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no membro inferior direito, em grau leve (25%).

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o segmento possuía amplitude de movimentos preservada, sem a presença de sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 11 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280715300000066693130>
Número do documento: 20091516280715300000066693130

Num. 67997084 - Pág. 2



Número: **0021731-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
L. O. S. D. N. (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (REPRESENTANTE)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
31º Promotor de Justiça Cível da capital (FISCAL DA ORDEM JURÍDICA)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67997 086	15/09/2020 16:28	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Pag. 00159/00160 - carta_01 - INVALIDEZ



00030080

Carta nº 15434052





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.

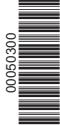
Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. Roberto de Castro Costa CRM nº 11730 - PE, da Instituição ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00599/00600 - carta_31 - INVALIDEZ



00050300

Carta nº 15481673



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 2



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 Otávio 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <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 CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
<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: 19 281 (3)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar nascer (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascer (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	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 Lider pagará, caso devido, 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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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)

FPS.001 V002/2019





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 Otávio 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input 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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1295	CONTA: 19 281	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--	------------------------------

Este(a) cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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)

FPS.001 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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**

27/11/2019



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 FRETE 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)**

Elisangela dos Santos Ferreira

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



27/11/2019 10:36



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 6



**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**

27/11/2019



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 FRETE 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)**

Elisangela dos Santos Ferreira

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



27/11/2019 10:36



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 8



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 Otávio 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).

DADOS CADASTRAIS

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)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 19 281 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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 Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar 30 - Vítima deixou nascitur (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	32 - Se tinha irmãos, informar 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

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

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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 Otávio 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input 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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 19 281 (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 (não nascer)? <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
--	--	--	--	--	---

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bosque da Saúde, Recife, Pernambuco - CEP 50000-902
CNPJ 10.655.932/0001-00 | Inscrição Estadual: 0055843-93 | www.cepe.com.br

RÁPIDA ALTA

MARIA DE LOURDES PEREIRA BARBOSA

ENHANCED RAINBANDS OVER U.S. MOUNTAINS

B1818-2000 NOVA 78

CBE-DEA-552-DEA-001

卷之三

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
050436643	ÚNICA	13/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2019	20010004629	333200

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4002291857	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	
20/02/2019	DATA PROXIMA PAGAMENTO
TOTAL A PAGAR (R\$)	
69.53	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo[kWh]	89.0000000	0,73479853	65,36
Contrib. Item: Pública Municipal			3,32
Multa por atraso-NF 0488579780 - 15/01/19			0,32
Multa por atraso-NF 042852583 - 17/12/18			0,33
Juros por atraso-NF 0488579780 - 15/01/19			0,01
Juros por atraso-NF 042862583 - 17/12/18			0,19
Compensação FIC Anual 2018			-0,08

TOTAL DA FATIGA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							50.5		
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W.H)
9387555	CAT	18-01-2019	11.155,00	13-02-2019	11.244,00	28	1.00000		89,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	VALOR	BÁSIS DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$ 20,77
FEV'19	89				Transmissão	R\$ 3,19
JAN'19	30				Transporte(s)	R\$ 14,37
DEZ'18	30				Péndulo de Energia	R\$ 4,52
NOV'18	30				Energias Sustentáveis	R\$ 3,76
OCT'18	30				Tributos	R\$ 19,86
SET'18	30				Total	R\$ 65,39
AGO'18	30					
JUL'18	30					
JUN'19	30					
MAI'18	30					
ABR'18	30					
MAR'19	30					
FEV'19	30					

TARIFAS APLICADAS		
Consumo Ativo(kWh)		0,52156000

INFORMAÇÕES IMPORTANTE

Pequeno porto marítimo pertencente à vizinha Ilha de São Tomé, encontra-se situado na baía da capital, no extremo norte da ilha, entre as freguesias de São Tomé e São João. A sua área portuária é de 125 hectares, com uma profundidade média de 10 m, com uma profundidade máxima de 12 m. O porto é administrado pelo Conselho das Autoridades Portuárias de São Tomé e Príncipe, que é o órgão competente para a sua exploração e gestão.

• A proposta que é de 49
termos de contagem (Resolução nº 200
- 91/2012), há fato, provável
desvio prestativo e ilícito e
procedem à indisponibilidade para
correção, empréstimo e outras
formas de utilização.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
DOMINGO	VÁLIDOS SUL-BRASIL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO MÁXIMO
BRG	0,00	5,55	11,00	32,25	220	202 231
FIC	0,00	5,47	8,88	13,00		

0.00 1.00 0.00 0.00

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
4002281857 02/2019 20/02/2019 69.53

8382000000-2 69530011004-3 00229185710-4 13825444113-4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pj.e.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67007086 Pág. 12



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
FATURA - CONTA DE ENERGIA

Centro Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL **FATURA** **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**
Centrais Elétricas de Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50060-002
CNPJ 15.838.932/0001-08 | Inscrição Estadual: 2005849-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENGENHEIRO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPP 945.73d.das-04

CENTROSCOPIM

CLASSIFICAÇÃO

SUPERIOR
55750-000

INTERNAZIONALI	SERIE	INDIA
07/07/2019	012-A	07/07/2019
APPENDICARIO	NO DOCUMENTI	V. DA ROTALACRO
07/07/2019	JUTTIBELLA	325.7000

0000000000 7005749888	0000000000 10/2019
0000000000 14/10/2019	0000000000 07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES FISCAIS	
CONSUMO AVULSO (VH)	
Adesão Bandeira AMARELA	QUANTIDADE
Acres-Imu Bandeira VITRIMELHA	100,0000000
Centro - Auto. Pública Municipal	PREÇO (R\$)
ICMS Subvenção CFE-NF 00000478-5408/19	0,8189895
ICMS Subvenção CFE-NF 075040280-0508/19	0,52
Multa por atraso-NF 075040284-0408/19	5,01
Multa por atraso-NF 075040284-0408/19	6,54
Multa por atraso-NF 075040284-0408/19	0,79
Multa por atraso-NF 075040284-0408/19	0,80
Multa por atraso-NF 075040284-0408/19	1,35
Multa por atraso-NF 075040284-0408/19	0,11

TOTAL DATAFILE

102/74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOITE

Nº DO MEDEIR 030714	TIPO DA FUNÇÃO L.E.T.	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
		ANTERIOR		ATUAL		Nº DE COMITANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	TARIFAS
		DATA 04-09-2014	LEITURA 36.194,00	DATA 07-10-2014	LEITURA 36.237,00				
						32	0,0000	108,00	

www.wiley.com/go/teachingmath

Digitized by srujanika@gmail.com

RESUMO DE INSCRIÇÕES		IMPORTE DAS CONTRIBUIÇÕES		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
PERÍODO	Nº DE INSCRIÇÕES	BANCO DE CALCULO	VALOR D/O IMPORTE	Despesas do Exercício	%
SET/19	91		R\$ 26,06	R\$ 26,49	31,00%
AGO/19	113		R\$ 26,06	R\$ 2,71	3,47%
AGO/19	113		R\$ 26,06	R\$ 19,81	31,07%
AGO/19	113		R\$ 26,06	R\$ 6,37	8,83%
JUN/19	162		R\$ 26,06	R\$ 4,01	4,96%
JUN/19	162		R\$ 26,06	R\$ 74,39	92,22%
AGO/19	172		R\$ 26,06	R\$ 93,00	100%
MAR/19	166				
FEV/19	162				
MAR/19	173				
DEZ/18	178				
MAR/19	166				
AGO/19	173				
SOMA TOTAL					
TAXAS APLICADAS					
					1.543.538,00
FIM DA FOLHA DE PAGAMENTO					

INFORMACIÓN IMPORTANTE
Para obtener más información sobre el manejo de residuos y la eliminación de basura, visite el sitio web del Departamento de Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable de California en www.dnr.ca.gov.
Para obtener más información sobre las leyes federales y estatales que rigen el manejo de residuos y la eliminación de basura, visite el sitio web del Gobernador de California en www.ca.gov.
Para obtener más información sobre las leyes federales y estatales que rigen el manejo de residuos y la eliminación de basura, visite el sitio web del Gobernador de California en www.ca.gov.



Alzamorelli, Giacomo -
Veneziano, Giovanni Battista - Angelo
47-633212, 2 vols., printed on
one page, presented to the library by
the author, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934,
1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 13



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, Bos Vistos, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PEREIRA BARBOSA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LAGOA NOVA 78

CPF: 058 552 954-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISÃO
050439843	ÚNICA	13/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2019	2001695572	37722/90

VILA NOVA/LAGOA NOVA

SURUBIM PE

55750-000

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(NWlh)	89.000,0000	0,73479853	65,39
Contrib. Juri. Pública Municipal			3,32
Multa por atraso-NF 048857980 - 15/01/19			0,32
Multa por atraso-NF 042852583 - 17/12/18			0,33
Juros por atraso-NF 048857980 - 15/01/19			0,03
Juros por atraso-NF 042852583 - 17/12/18			0,19
Compensação FIC Anual 2018			-0,06

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
90972985	CAT.	18/01/2019	11.148,60	13/02/2019	11.244,00	28

69,53

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano	Consumo Ativo(NWlh)
FEV19	89
JAN19	30
DEZ18	30
NOV18	30
OUT18	30
SET18	30
AGO18	30
JUL18	30
JUN18	30
MAY18	30
ABR18	30
MAR18	30
FEV18	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

PERÍODO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	16,79	25,00
PIS	95,39	0,71
COFINS	88,28	2,21

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Geração de Energia	R\$ 30,77	45,75%
Transmissão	R\$ 3,07	4,52%
Distribuição	R\$ 14,37	21,48%
Perda de Energia	R\$ 4,52	6,31%
Emergências Sistêmicas	R\$ 1,75	2,61%
Trifásico	R\$ 19,88	28,20%
Total	R\$ 65,39	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(NWlh) 0,52158000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peçam no ponto mais perto de você, fornecedor do bairro do consumo, ou na sede da unidade de governo - 725 Unidade de Gestão - UG - ou no site da Companhia Energética de Pernambuco (www.celpe.com.br). O cliente é responsável quando não informar o endereço individual ou do nível de fornecimento. Peça no ponto mais perto de você, fornecedor do bairro do consumo, ou na sede da unidade de governo - 725 Unidade de Gestão - UG - ou no site da Companhia Energética de Pernambuco (www.celpe.com.br), conforme Art. 6, X, VII, 4, 21, do ICMS-PE. O cliente é responsável quando não descrever o preço definido para a sua fatura de abastecimento comunitário.

A ÁREA DE ATENDIMENTO
CORRESPONDE AO PERÍODO DE ANEXO
41 (2019), ou seja, período em que os serviços prestados e tributos se encontram à disposição, ou, para os serviços de geração, período de operação e manutenção da rede.
www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR APURADO (R\$/MÊS)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TIENSO NOMEAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)
SUPERIOR	0,00	5,55	11,00	22,00	220	202 - 231
FIC	0,00	3,42	6,88	13,76		
DRMO	0,00	3,21	0,00	0,00		

Límite (DI) 12,22 R\$/SD - Valor do Encargo de Uso da Sistena de Distribuição = R\$ 24,50

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 14

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 048.362.904-36, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Leus 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 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 – 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 16

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
Nº C.P.F.
Cep: Identidade: /
UF: PE Telefone: 91330342
G. instrução:
Ocupação: MENOR
Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

Do. de febre - diarrea

pele com erupção grau 1

de leite

Febre em regra D

caídas

inchaço

Exames Complementares:

S. 5625217

H.602

*radiografia
Medicamento
CR/PE 130%*

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

SG05017

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:
Nome do Paciente:	Ana Cláudia da C.		
Quadro Clínico:			
Diagnóstico:	Safra foliculogênio. Disc.		
1.º REMOÇÃO			
Destino:	P. São Luiz do Sul	Município:	H. de Saída
Motivo (Registro Detalhado):	Transferência - f-6		
Assinatura do Responsável:	FÁBIO EUGÉNIO DE AQUINO Medico CRM-PE 14939	N.º do CRM:	Data: 15/09/2014
2.º REMOÇÃO			
Destino:		Município:	H. de Saída
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:		N.º do CRM:	Data:
3.º REMOÇÃO			
Destino:		Município:	H. de Chegada
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:		N.º do CRM:	Data:
4.º REMOÇÃO			
Destino:		Município:	H. de Chegada
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:		N.º do CRM:	Data:
Unidade Prestadora do Atendimento:			
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 Atendimento: 3302344 Prontuário: 1080682
 Data Nasc.: 08/02/2013 Idade: 6 Sexo: Nome Social:
 CPF: RG: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CNS: 702406042859126
 Endereço: SITIO JUCA FERRADO
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Nº: 0
 CEP: 55750000 Fone: 558195643404 Estado: PE
 Acompanhante: Celular:
 Nome da Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA Profissão:
 Nome do Conjugue:
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

E
VISTO
TEOR
NOTIFICADO
OAB
22/10/2019

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/02/2019 16:09

Médico: MEDICO PI ANTONISTA

Exam 5

PA: **EC:** **EB:**

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Horário

de 2

26.02.19

1160



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:	Nome do Paciente:	Município:	Região de Saúde:
	Dr. Edson da Cunha		
Quadro Clínico:			
Diagnóstico: Tumor facial grande Direito			
1.º REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída
	Pr. Edson da Cunha	Surubim	
Motivo (Registro Detalhado): Terceiro infarto			
2.º REMOÇÃO	Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:
	<i>José</i>	1306	26/09
Destino:			
Município:			
H. de Saída:			
H. de Chegada:			
3.º REMOÇÃO	Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:
Destino:			
Município:			
H. de Saída:			
H. de Chegada:			
4.º REMOÇÃO	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 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 21



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 TÍBIA D

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

O MESMO

TERCORRÊNCIA:

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

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15398 IEOT 11537

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprigio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 22



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 TIBIA D

CIRURGIA REALIZADA:

A MESMA

DIAGNOSTICO INICIAL:

FRATURA DA TIBIA D

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

O MESMO

TERCORRÊNCIA:

CIRURGIAO: DR. GEORGE ROCHA
1º AUXILIO: DR. ANDRE PALITOT
ANESTESISTA: DRA. CECÍLIA

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-45896 TEOT 11537

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 23

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: GEORGE ROCHA FERREIRA

Em 22/02/2019 09:57

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 11517*
GEORGE ROCHA FERREIRA
CRM 15896

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009151628072390000066693132>
Número do documento: 2009151628072390000066693132

Num. 67997086 - Pág. 24



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

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

Dados do Atendimento:
Data/Hora Alend.: 21/02/2019 16:09
Prontuario: 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 Perna
CRM 20645

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 25

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Luiz Otávio Narciso		
CLÍNICA:		ENF.:
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/02/19	19:10h	- Plantão Pediatra - Id = 6m Peso = 25kg. O - Traumatismo na perna e tibia D DS - Febre f dor de t/ + vomitos f evacuação: n.
		10:00 AM Em diete zero Nege alergias
		DS - dor, espasmo, apetite, sudoreto. Artrite mural. Aur. nor, sonf s/som AS audição de melhur. SNE, MS, D Inubilidade, som suo perfusão. Edema (1) Depõe em diete zero e aquende procedimento lindopar (2) Naufrado recente de pred cura.
22/02/19		Melhor evolução bem, consciente, calmo, ativo, reativo, ludótico, sorriso, espasmo, apetite, tola grande em H/D, nege alergias, dieta zero, MSD e HDT. Enc. av BC.
22/2/19		Recebeu alta hospitalar. Oriento revisão 20d, levar Rx.

003-HGOF







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

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:

DESCRÍÇÃO 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 / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11637

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 28



**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
SURURIM - PE**

CNPJ: 11.426.548/0001-01

Rua Cônego Benigno Lira, s/n - Fórum

CEP: 55.750-000

Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues

Oficiala Designada

ANTONIO YVES 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

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 EXTENO

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**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/09/2020 16:28:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091516280723900000066693132>
Número do documento: 20091516280723900000066693132

Num. 67997086 - Pág. 31



048 361.944-36





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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 02/12/2019

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

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

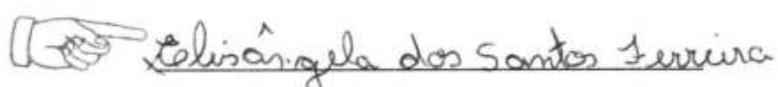
NOME: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.145.982 SSP/PE - CPF 048.361.904-36
DATA DO ACIDENTE: 21/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO - CPF:157.704.074-09
ENDEREÇO: RUA LAGOA NOVA, 78, VILA NOVA, SURUBIM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

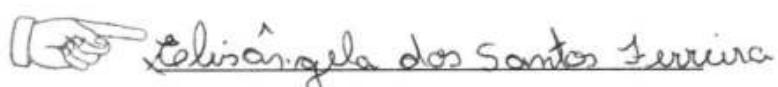
NOME: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.145.982 SSP/PE - CPF 048.361.904-36
DATA DO ACIDENTE: 21/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO - CPF:157.704.074-09
ENDEREÇO: RUA LAGOA NOVA, 78, VILA NOVA, SURUBIM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

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 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

