



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.^a, 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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			 <small>Administradora de Seguros DPVAT</small>	
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.				
Sequelae permanentes:				
Sequelae: Sem sequela				
Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelae (Evolução Sem Sequela Permanente)				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae:				
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 sequelae 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





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
67997086	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,

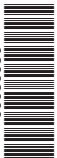
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15434052

Pag. 00159/00160 - carta_01 - INVALIDEZ

00030080





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





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO 6 - CPF: 157.704.074-09
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA- LAGOA NOVA 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 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: 048.362.904-36 19 - Profissão do Representante Legal: R. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 19281 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO 6 - CPF: 157.704.074-09
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA- LAGOA NOVA 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 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: 048.362.904-36 19 - Profissão do Representante Legal: R. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 19281 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta é a condição de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando o 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002821**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA Pai: **JOSÉ LEONARDO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **8/2/2013**
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15770407409 (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

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

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

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
(NOTICIANTE)

Elisângela dos Santos Ferreira

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

↑ 5



27/11/2019 10:36





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002821**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA** Pai: **JOSÉ LEONARDO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **8/2/2013**
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15770407409 (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**

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

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

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
(NOTICIANTE)

Elisângela dos Santos Ferreira

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

↑ 4



27/11/2019 10:36





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO 6 - CPF: 157.704.074-09
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA- LAGOA NOVA 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 491613907

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

17 - Nome completo do Representante Legal: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
18 - CPF do Representante Legal: 048.362.904-36 19 - Profissão do Representante Legal: R. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 19281 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

157.704.074-09

LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

6 - CPF:

157.704.074-09

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA- LAGOA NOVA

9 - Número:

78

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

VILA NOVA

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55750-000

15 - E-mail:

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:

048.362.904-36

19 - Profissão do Representante Legal:

R. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1295

CONTA:

19281

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Phone: +1-800-368-3351-00 | Fax: 813-0005043-03 | www.cirpa.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALUNO(A) MARIA TULIA DE A. FERNANDES

EXERCÍCIO DA UNIDADE-CONSUMIDORA

CPF 545 734 444-04

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
DE FUNDIÁRIO
RESIDENCIAL

7005749888 10/2019

14/10/2019	07/11/2019
------------	------------

TOTAL A. FROST (RE)	102,74
---------------------	--------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (M³)	108,0000000	0,81589952	87,55
Acrescimo Bandeira AMAPÉIA			0,50
Acrescimo Bandeira VITÓRIA			9,01
Contrib. Imp. Pública Municipal			5,54
ICMS Subvenção CTE - NF 080234779-540/19			0,78
ICMS Subvenção CTE - NF 073044282-0508/19			0,80
Multa por atraso - NF 070948094 - 0408/19			1,36
Juros por atraso - NF 070948094 - 0408/19			0,11
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DIA FATIGADA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MESSOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kmh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
837914	LAT	04-09-2019	26.126.00	07-10-2019	26.237.00	33	1.000,00		100,00

REFERENCES

Year	Percentage of U.S. Adults Who Are Obese
1975	15.1
1980	16.1
1985	17.2
1990	18.3
1995	21.2
2000	24.6
2005	29.7
2010	35.6

THE JOURNAL OF THE

BASE DE CALCULO	%	VALOR IMPORTE
97,06	25,00	23,99
97,06	1,29	1,25
97,06	9,80	9,51

Composições de noções matemáticas

Despesa de Energia	R\$	%
Transmissão	26,40	31,00%
Distribuição	3,21	3,87%
Perdas de Energia	10,81	12,97%
Despesas de Energia	6,17	7,37%
Despesas Sociais	8,61	10,30%
Tratamento	24,00	28,92%
Total	83,00	100%

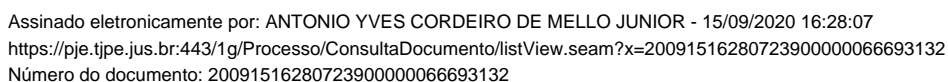
CANINE APPLICATIONS

FOIA b(2) - DPP
 DATE 08-25-2008 BY SP5 LCO/STP/STW

PHARMACOLOGICAL IMPORTANCE

[illegible][illegible]

CELPE
Serviços





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Ins. Est. 0055843-93 | 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 NOVALAGOA NOVA
SULRUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
050436643	UNICA	13/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2019	200185572	3772286

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	88.0000000	0.73479853	65.39
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3.32
Multa por atraso-NF 0428579790 - 15/01/19			0.32
Multa por atraso-NF 042852583 - 17/12/18			0.33
Juros por atraso-NF 0428579790 - 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 MÊNDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
808/3550	CAT	19.01.2019	11.155,00	13.02.2019	11.244,20	25	89,20

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano (kWh)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
FEV 19	88	ICMS	55,39	25,00	16,34
JAN 19	30	PIS	55,39	0,71	0,40
DEZ 18	30	COFINS	55,39	3,31	2,38
NOV 18	30				
OUT 18	30				
SET 18	30				
AGO 18	30				
JUL 18	30				
JUN 18	30				
MAY 18	30				
ABR 18	30				
MAR 18	30				
FEV 18	30				

TARIFAS APLICADAS	
Consumer Attraction	0,52158100

RESERVAÇÃO AO FISCAL	
B361 A730 78AF 23B2 A48E A43T A73T F710	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Figura no ponto mais perto da placa terminal do barramento do consumo, no mês de emissão da nota fiscal, o consumo de energia elétrica em kWh, o qual é o valor de referência para a cobrança da tarifa de energia elétrica. O cliente é responsável por manter o consumo de energia elétrica em nível de referência, o qual é o valor de referência para a cobrança da tarifa de energia elétrica. O cliente é responsável por manter o consumo de energia elétrica em nível de referência, o qual é o valor de referência para a cobrança da tarifa de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONDIÇÃO	VALOR APLICADO (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
ENC.	0,00	5,55	11,10	33,31	270	202	231
FIC	0,00	3,42	8,88	13,70			
OMBO	0,00	9,30	0,00	0,00			

LIMITE DIÁRIO: 12,22 R\$ / R\$ - Valor da Energia de Uso do Sistema 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





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Phone: +1-800-368-3351-00 | Fax: 813-0005043-03 | www.cirpa.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALBERTO APARECIDA OLIVEIRA DE A. FERNANDES

EXERCÍCIO DA UNIDADE-CONSUMIDORA

CPE 545-734-444-04

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
DE FUNDIÁRIO
RESIDENCIAL

7005749888 10/2019

14/10/2019 07/11/2019

TOTAL A RAGAM (RE)	102,74
--------------------	--------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (M³)	108,0000000	0,81589952	87,55
Acrescimo Bandeira AMAFELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			9,01
Contrib. Ann. Pública Municipal			5,54
ICMS Subvenção CTE - NF 080234779-540/18			0,78
ICMS Subvenção CTE - NF 073044282-0508/18			0,80
Multa por atraso - NF 070948094 - 0408/18			1,36
Juros por atraso - NF 070948094 - 0408/18			0,11
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DIA FÁTLICA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MESSOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
837914	LAT	04-09-2019	36.136,00	07-10-2019	38.237,00	33	1,66000		108,00

HISTÓRICO DE CONSULTAS

INDICADORES DE CUSTOS

	SALDO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	97,06	25,00	38,82
PIS	97,06	1,29	1,26
COPFIN	97,06	0,88	0,85

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	Qtd	Valor	%
Geração de Energia	46	28,48	37,00
Transmissão	48	3,21	4,16
Distribuição (Cabo)	42	10,81	14,07
Perda de Energia	49	6,17	8,03
Energia Setorial	49	4,01	5,25
Tributos	48	34,89	45,29
Total	48	97,06	100%

TARIFAS APLICADAS

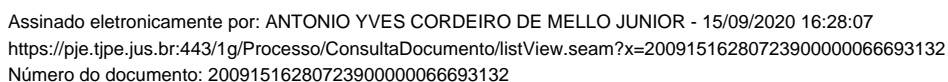
	Valor
Consumo Mensal	97,06

DECEMBER 1968

[illegible]

As a result, the program is
 terminated and the user is
 notified of the error. The
 user is then prompted to
 enter a valid password and
 the program continues to
 execute.

CELPE
Serviços



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0055943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PEREIRA BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LAGOA NOVA 78

CPF: 058 552 954-00

VILA NOVALAGOA NOVA
SULBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050436643	ÚNICA	13/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/03/2019	2001895572	3772390

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

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(W/h):	88.000.0000	0,73470653	65,39
Contrib. Sum. Pública Municipal			3,32
Multa por atraso-14F 048679780 - 15/01/19			0,32
Multa por atraso-14F 042652583 - 17/12/18			0,33
Juros por atraso-14F 046679750 - 15/01/19			0,01
Juros por atraso-14F 042652580 - 17/12/18			0,19
Compensação FIC Anual 2018			-0,06

TOTAL DA FATURA

EQ 53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00875550	CAT.	10-01-2019	11.165,00	13-02-2019	10.244,00	28	1.00000		89,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Cases (per month)
FEB 19	20
MAR 19	30
APR 19	30
MAY 19	80
JUN 19	30
JUL 19	30
AUG 19	30
SEP 19	30
OCT 19	30
NOV 19	30
DEC 19	30
JAN 20	30
FEB 20	90

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	60,78	25,00	15,19
PIS	65,30	0,71	0,46
COFINS	60,78	3,31	2,01

continued on p. 10

	1998	2007
Geração de Energia	10,37	31,74%
Transmissão	3,10	9,62%
Distribuição (l)	14,37	44,98%
Perdas de Energia	6,52	20,11%
Energia Setorial	3,70	11,44%
Tributos	19,86	61,11%
Total	57,92	100,00%

TARIFAS APLICADAS

Consumption (kg/ha)	11.421 (0.001)
---------------------	----------------

RESERVADO AO FISCO

0301 A730 19AF 2302 A48E A43T A73T F310

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno porto mais perto de vocal: fermosa do barro do coqueiro, as melões anela guerra 125 coqueiro / fempore i. l'arcan
coqueiro, l'arcan completa em m m e azeite com i. Na habitação a berrina em vigor e a vade. Mais informações: e
www.azul.gov.br. O cliente é acompanhado quando há utilização com conteúdo individualizado de nível de formação
Pessoa com deficiência: 24 (Rua) 11-040-068. 24 (Rua) 11-040-068 e 24 (Rua) 11-040-068 e 24 (Rua) 11-040-068
conforme Art. 6, VIII, e, 9, do PMSB. O cliente é acompanhado quando há cumprimento do prazo de até 60 dias
atendimento (conforme Art. 6, VIII, e, 9, do PMSB).

1. 本計畫係以「臺灣省立美術館」為主要研究對象，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題。

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONTRATO	VALOR APROVADO em R\$ mil	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
EPIC	0,00	5,55	11,10	33,30
FIC	0,00	3,47	6,89	13,70
DMAC	0,00	0,30	0,90	0,00

niveau de revenu

TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MINIMO	MAXIMO
770	702	731

Leitura DCRN 12.22 R\$10,00 - Valor do Encargado de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 24,00

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4002281867	02/2019	20/02/2019	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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Mª Moura de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444-04/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elisângela dos Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.362.904/36, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima João Otávio Santos do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 152.704.074/09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua João Batista</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Sumilim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) <u>9-91613907</u>	Telefone celular (DDD) <u>9-97001998</u>

Sumilim-PE 29 de novembro de 2019
Local e Data

Adriana Mª Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017





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 Olívia Cabral
Funcionaria Encarregada





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

conceder

Atendimento: 119/29420

Data: 21/02/2019 13:28

Recep: SIDILENE

Convênio: SUS

Matrícula:

Setor: URGENCIA/EMERGENCIA

Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Cartão SUS:

Registro: 301331

Paciente: LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO

Prontuário: 0

Nascimento: 06/02/2013 - Idade: 6 anos

Cor: Parda

Endereço: SÍTIO JUCA FERRADO

Sexo: Masculino

Bairro: ZONA RURAL

Nº

C.P.F. . . .

IBGE/Cidade: SURUBIM

Cep: -

Identidade: /

Pai: JOSE LEONARDO DO NASCIMENTO

UF: PE

Telefone: 91330342

Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

G. instrução:

Est. Civil: Solteiro(a)

Ocupação: MENOR

Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

Do. Infec. - Inf. de
para enter. ga. (inf. de rato
de 1 ano
Fato em 1 ano D
ca. 10
Imobil.

Exames Complementares:

S. 5625217
4.605

7
Medico
CRM-PE 1300

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:
Nome do Paciente: <i>Luiz Carlos de Souza</i>			
Quadro Clínico:			
Diagnóstico: <i>Tumor fúngico no Dente</i>			
1.ª REMOÇÃO	Destino: <i>H. de São João</i>	Município: <i>Surubim</i>	H. de Saída: H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Tumor fúngico - f-b</i>		
	Assinatura do Responsável: <i>Francisco Eudes R. de Aquino</i> CRM-PE 13991	N.º do C.R.M.: <i>300</i>	Data: <i>30/01/19</i>
2.ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:
3.ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:
4.ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:
Unidade Prestadora do Atendimento:		Município:	
Especificação do Atendimento Prestado:			
Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO
Data Nasc.: 08/02/2013 Idade: 6 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 702406042859126
Endereço: SÍTIO JUCA FERRADO
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Nº: 0
CEP: 55750000 Fone: 558195643404 Estado: PE
Acompanhante: Celular: Profissão:
Nome da Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UATO
NOTIFICADO
02/02/19

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/02/2019 16:09

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Data

Dieta:

Horário

de 2

26.02.19
mide



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

5625217 LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE SURUBIM

Unidade de Saúde:				Município:		Região de Saúde:	
Nome do Paciente: <i>Luiz Otávio da Silva</i>							
Quadro Clínico:							
Diagnóstico: <i>Síndrome febril aguda Dire</i>							
1.ª REMOÇÃO	Destino: <i>Rg. 2 km de São</i>			Município: <i>Ita</i>		H. de Saída: H. de Chegada:	
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Tam. febre 1-10</i>						
	Assinatura do Responsável: <i>[Assinatura]</i>			N.º do C.R.M.: <i>13060</i>		Data: <i>21/02/19</i>	
2.ª REMOÇÃO	Destino:			Município:		H. de Saída: H. de Chegada:	
	Motivo (Registro Detalhado):						
	Assinatura do Responsável:			N.º do C.R.M.:		Data:	
3.ª REMOÇÃO	Destino:			Município:		H. de Saída: H. de Chegada:	
	Motivo (Registro Detalhado):						
	Assinatura do Responsável:			N.º do C.R.M.:		Data:	
4.ª REMOÇÃO	Destino:			Município:		H. de Saída: H. de Chegada:	
	Motivo (Registro Detalhado):						
	Assinatura do Responsável:			N.º do C.R.M.:		Data:	
Unidade Prestadora do Atendimento:				Município:			
Especificação do Atendimento Prestado:							
Assinatura do Responsável:				N.º do C.R.M.:		Data:	



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

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

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

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

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

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HOJE

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 21/02/2019 16:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO
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

CIRURGIA PROPOSTA:

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA TÍBIA D

CIRURGIA REALIZADA:

A MESMA

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DA TÍBIA D

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

O MESMO

TERCORRÊNCIA:

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

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11637

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO

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





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO
Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Endereço: SÍTIO JUCA FERRADO, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Idade: 6 Anos 0 Mês 14 Dias
CNS: 702406042859126
Contatos: 81. 95643404 | Celular: 81.

Nasc. 08/02/2013

Dados do Atendimento:

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

Enfermaria/Leito: EMERGENCIA PEDIATRICA-E PED 19
Médico: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

CIRURGIA PROPOSTA:

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA TÍBIA D

CIRURGIA REALIZADA:

A MESMA

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DA TÍBIA D

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

O MESMO

INTERCORRÊNCIA:

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

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 45896 TEOT 11537

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO

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



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 11537

GEORGE ROCHA FERREIRA
CRM 15896

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico





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. 9564340- | 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.: 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. Leticia
Cirurgia da Mão
CRM 20645

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



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Luiz Otávio Nascimento		
CLÍNICA:	ENF.: LEITO:	
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/02	19 7:10	- Plantão Pediatra, sd= br Reso= 25g. HD - Feratine na punção Tibial De febre p Em dieta zero deurectil vomos q Nege alergias evacuações.
20		SD R, supneco, apnec, eucetado. M m usual. Aus ren, BAF S/SOM AD ausome de mltul. SNE ME D Imobilizado, com lue perfusao (a) Repre em dieta zero e aqumde procedimento endopico (b) Nucleo restanto de prescui.
22.02.19		Melhor evolui bem, consciente, calmo, ativo, reativo, eucetado, corado, supneco, afnec, fala gorda em HD, nege alergias, dieta zero, MSD e HD. Euc. ao BC.
22.2.19		Receber alta hospitalar. Quedo reavalia çao, levar Rx

003-HGOF





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO
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
CNS: 702406042859126
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: SITUACÃO CIRURGIA:
LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:
GERAL ENDOVENOSA PURA
CID FINAL:
Procedimento

Material:

DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

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

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11537

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





**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
SURUBIM - PE**

CNPJ 11.426.848/0001-01
Rua Cônego Benigno Lira, s/n - Fórum
CEP 55.750-000

Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues
Oficial Designada
Ass. Genoveva Ramos Albuquerque
Substituta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

LUÍS OTÁVIO SANTOS DO NASCIMENTO

MATRÍCULA

0766790155 2013 1 00044 080 0045975 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA

MÊS

ANO

oitto de fevereiro de dois mil e treze

08

02

2013

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE FEDERAÇÃO

05:20

Surubim-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Surubim - PE

no Hospital São Luiz, desta Cidade de Surubim-PE

masculino

FILIAÇÃO

José Leonardo do Nascimento e Elisângela dos Santos Ferreira

AVÓS

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

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

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

X-X-X-X-X

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

sete de março de dois mil e treze

30-61289226-5

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

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



Válido Somente com o selo de
Autenticidade e Fiscalização.

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

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

OFICIAL

Maria Genoveva Ramos Albuquerque





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

157.704.074-09

Nome

LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Nascimento

08/02/2013



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO PÚBLICO
PROCURADORIA GERAL DE PERNAMBUCO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME: ADRIANA MARIA MOIRA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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

CPF: 945.234.444-04 **DATA NASCIMENTO:** 26/07/1974

FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOIRA
ISMARTE FERREIRA DE MOIRA

PERMISSÃO: 0000000000 **ACC:** 00000000 **CAT. HAB:** 3

Nº REGISTRO: 02378605879 **VALIDADE:** 08/04/2022 **1ª HABILITAÇÃO:** 17/06/2002

OBSERVAÇÕES:

Adriana M. Moira de A. Fernandes

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: SURUBIM - PE **DATA EMISSÃO:** 10/04/2017

ASSINATURA DO PRESIDENTE: Carlos Anderson Santa Rêbora
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

53386785000
PE078665272

PE

PROCURADORIA GERAL DE PERNAMBUCO

1421884961

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL





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**

Digito Verificador: **00**

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



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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

14/10/2019 11:2



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

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE


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

OUTORGADO

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

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

SURUBIM- PE 13 DE MARÇO 2019

 Elisângela dos Santos Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE


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

OUTORGADO

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

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

SURUBIM- PE 13 DE MARÇO 2019

 Elisângela dos Santos Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038644/20

Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 157.704.074-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/02/2019

Titular do CPF: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA : 048.361.904-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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

ANA 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

