Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/10/2020

Número: **0022599-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **13/05/2020**
Valor da causa: **R$ 8.505,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
A. V. F. D. (AUTOR)	**BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)** **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)**
ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO (REPRESENTANTE)	**BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)** **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69563988	15/10/2020 14:24	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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200001143 **Vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS**

Data do Acidente: 09/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R$ 945,00

Recebedor: **ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO**
Valor: **R$ 945,00**
Banco: **001**
Agência: **000000582-7**
Conta: **000010039720-4**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200001143 **Vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS**

Data do Acidente: 09/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01925/01926 - carta_09 - INVALIDEZ

00040963

Carta nº 15419810

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001143 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS **Data do acidente:** 09/08/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA. P.7,10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.8,9

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
		Total	**7 %**	**R$ 945,00**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 159.034.084-19
4 - Nome completo da vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS
6 - CPF: 159.034.084-19
7 - Profissão:
8 - Endereço: RUA JOAO FELIX FILHO
9 - Número: 41 B
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO
12 - Cidade: SURUBIM
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD):

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: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO
18 - CPF do Representante Legal: 095.916.384-00
19 - Profissão do Representante Legal: REC INF

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0582 (7) (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 39.720 (2) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) **CONTA:** (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 05/11/2019

Ana Paula do Canto Florentino
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 159.034.084-19
4 - Nome completo da vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS
6 - CPF: 159.034.084-19
7 - Profissão:
8 - Endereço: RUA JOAO FELIX FILHO
9 - Número: 41 B
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO
12 - Cidade: SURUBIM
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD):

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: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO
18 - CPF do Representante Legal: 095.916.384-00
19 - Profissão do Representante Legal: REC INF

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0582 (7) **CONTA:** 39.720 (2)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ( ) **CONTA:** ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 05/11/2019

Ana Paula do Canto Florentino
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SURUBIM
116ª CIRCUNSCRIÇÃO

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. 19E0206001877

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **19:40**

Complementa o BO Número: **19E0206001873**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA (AUTOR \ AGENTE)
KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE)
A.V.F.D. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA (AUTOR \ AGENTE)
KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE)
A.V.F.D. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

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

KARLA DOS SANTOS DIAS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA DOS SANTOS DIAS** Pai: **ELIONILDO FRANCISCO DIAS** Data de Nascimento: **6/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA -**

CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INÁCIA NASCIMENTO DA COSTA** Pai: **JOSÉ SEVERINO DA COSTA** Data de Nascimento: **3/4/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10927460/SSP/SP (RG), 91926173872 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TAXISTA** Telefones Fixos:

- **996246674**
- **981260710**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, RUA SEBASTIÃO SOUSA LEAL, S/N, LAGOA NOVA, PROX. AO LOTEAMENTO NOVO CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

A.V.F.D. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA PAULA DO CANTO** Pai: **JOSÉ HELIO DOS SANTOS DIAS** Data de Nascimento: **3/10/2014** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA, , PROX. A AMBEV NA RUA DO COLÉGIO ESTADUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO TAXI GOL BRANCO PLACA 5599 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDZ5599** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **112840169** Chassi: **9BWAG45U4JT033849**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**
Descrição: **PLACA PDZ5599**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA KARLA INFORMANDO QUE SUA SOBRINHA ANA VITÓRIA DE 04 ANOS DE IDADE SOFREU UM ATROPELAMENTO POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM CASA VINDO DA ESCOLA, QUE O ACIDENTE FOI NA FRENTE DE SUA RESIDÊNCIA NO MOMENTO ESTAVA ANA VITÓRIA E SEU PRIMO JOSÉ VICTOR QUE TAMBÉM TEM 3 ANOS, QUE ELES ESTAVAM NA PARTE BAIXA DA CALÇADA MAS PRÓXIMO A CALÇADAS, QUE O CARRO ACERTOU ANA VITÓRIA E QUEBROU SUA PERNA, QUE A MEMSA SERÁ REMOVIDA PARA O RECIFE PARA RELAIZAR CIRURGIA. QUE O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO COMO LAMPIÃO DA PRAÇA TAXISTA, QUE FOI SOLICITADO AO AUTOR QUE ELE PRESTA-SE SOCORRO A ANA QUE ESTAVA NA CALÇADA, SENDO QUE O MESMO SE RECUSOU E FOI EMBORA, QUE LIGARAM PARA O SAMU MAS COMO ESTAVA DEMORANDO, O PAI DE ANA VITÓRIA A LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO LUIS PARA SER ATENDIDA.

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

KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE) Karla dos Santos Dias.

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SURUBIM
116ª CIRCUNSCRIÇÃO

04/11/2019 14:39

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. 19E0206001873

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **14:27**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) (AUTOR \ AGENTE)
KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE)
ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)

OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) (AUTOR \ AGENTE)
KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE)
ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)

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

KARLA DOS SANTOS DIAS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA DOS SANTOS DIAS** Pai: **ELIONILDO FRANCISCO DIAS** Data de Nascimento: **6/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **1/1/1991**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, PRAÇA DOS TAXIS, ENTRE BANCO DO BRASIL E O BANCO DO NORDESTE, A RUA DESCENDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA PAULA DO CANTO** Pai: **JOSÉ HELIO DOS SANTOS DIAS** Data de Nascimento: **3/10/2014** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA, , PROX. A AMBEV NA RUA DO COLÉGIO ESTADUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO TAXI GOL BRANCO PLACA 5599 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA KARLA INFORMANDO QUE SUA SOBRINHA ANA VITÓRIA DE 04 ANOS DE IDADE SOFREU UM ATROPELAMENTO POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM CASA VINDO DA ESCOLA, QUE O ACIDENTE FOI NA FRENTE DE SUA RESIDÊNCIA NO MOMENTO ESTAVA ANA VITÓRIA E SEU PRIMO JOSÉ VICTOR QUE TAMBÉM TEM 3 ANOS, QUE ELES ESTAVAM NA PARTE BAIXA DA CALÇADA MAS PRÓXIMO A CALÇADAS, QUE O CARRO ACERTOU ANA VITÓRIA E QUEBROU SUA PERNA, QUE A MEMSA SERÁ REMOVIDA PARA O RECIFE PARA RELAIZAR CIRURGIA. QUE O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO COMO LAMPIÃO DA PRAÇA TAXISTA, QUE FOI SOLICITADO AO AUTOR QUE ELE PRESTA-SE SOCORRO A ANA QUE ESTAVA NA CALÇADA, SENDO QUE O MESMO SE RECUSOU E FOI EMBORA, QUE LIGARAM PARA O SAMU MAS COMO ESTAVA DEMORANDO, O PAI DE ANA VITÓRIA A LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO LUIS PARA SER ATENDIDA.

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

KARLA DOS SANTOS DIAS
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SURUBIM
116ª CIRCUNSCRIÇÃO

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. 19E0206001877

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **19:40**

Complementa o BO Número: **19E0206001873**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA (AUTOR \ AGENTE)
KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE)
A.V.F.D. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA (AUTOR \ AGENTE)
KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE)
A.V.F.D. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

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

KARLA DOS SANTOS DIAS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA DOS SANTOS DIAS** Pai: **ELIONILDO FRANCISCO DIAS** Data de Nascimento: **6/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA -**

CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INÁCIA NASCIMENTO DA COSTA** Pai: **JOSÉ SEVERINO DA COSTA** Data de Nascimento: **3/4/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10927460/SSP/SP (RG), 91926173872 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TAXISTA** Telefones Fixos:

- **996246674**
- **981260710**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, RUA SEBASTIÃO SOUSA LEAL, S/N, LAGOA NOVA, PROX. AO LOTEAMENTO NOVO CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

A.V.F.D. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA PAULA DO CANTO** Pai: **JOSÉ HELIO DOS SANTOS DIAS** Data de Nascimento: **3/10/2014** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA, , PROX. A AMBEV NA RUA DO COLÉGIO ESTADUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO TAXI GOL BRANCO PLACA 5599 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDZ5599** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **112840169** Chassi: **9BWAG45U4JT033849**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**
Descrição: **PLACA PDZ5599**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA KARLA INFORMANDO QUE SUA SOBRINHA ANA VITÓRIA DE 04 ANOS DE IDADE SOFREU UM ATROPELAMENTO POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM CASA VINDO DA ESCOLA, QUE O ACIDENTE FOI NA FRENTE DE SUA RESIDÊNCIA NO MOMENTO ESTAVA ANA VITÓRIA E SEU PRIMO JOSÉ VICTOR QUE TAMBÉM TEM 3 ANOS, QUE ELES ESTAVAM NA PARTE BAIXA DA CALÇADA MAS PRÓXIMO A CALÇADAS, QUE O CARRO ACERTOU ANA VITÓRIA E QUEBROU SUA PERNA, QUE A MEMSA SERÁ REMOVIDA PARA O RECIFE PARA RELAIZAR CIRURGIA. QUE O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO COMO LAMPIÃO DA PRAÇA TAXISTA, QUE FOI SOLICITADO AO AUTOR QUE ELE PRESTA-SE SOCORRO A ANA QUE ESTAVA NA CALÇADA, SENDO QUE O MESMO SE RECUSOU E FOI EMBORA, QUE LIGARAM PARA O SAMU MAS COMO ESTAVA DEMORANDO, O PAI DE ANA VITÓRIA A LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO LUIS PARA SER ATENDIDA.

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

KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE) Karla dos Santos Dias.

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SURUBIM
116ª CIRCUNSCRIÇÃO

04/11/2019 14:39

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. 19E0206001873

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **14:27**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) (AUTOR \ AGENTE)
KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE)
ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)

OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) (AUTOR \ AGENTE)
KARLA DOS SANTOS DIAS (NOTICIANTE)
ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)

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

KARLA DOS SANTOS DIAS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA DOS SANTOS DIAS** Pai: **ELIONILDO FRANCISCO DIAS** Data de Nascimento: **6/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **1/1/1991**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, PRAÇA DOS TAXIS, ENTRE BANCO DO BRASIL E O BANCO DO NORDESTE, A RUA DESCENDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA PAULA DO CANTO** Pai: **JOSÉ HELIO DOS SANTOS DIAS** Data de Nascimento: **3/10/2014** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA, , PROX. A AMBEV NA RUA DO COLÉGIO ESTADUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO TAXI GOL BRANCO PLACA 5599 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA KARLA INFORMANDO QUE SUA SOBRINHA ANA VITÓRIA DE 04 ANOS DE IDADE SOFREU UM ATROPELAMENTO POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM CASA VINDO DA ESCOLA, QUE O ACIDENTE FOI NA FRENTE DE SUA RESIDÊNCIA NO MOMENTO ESTAVA ANA VITÓRIA E SEU PRIMO JOSÉ VICTOR QUE TAMBÉM TEM 3 ANOS, QUE ELES ESTAVAM NA PARTE BAIXA DA CALÇADA MAS PRÓXIMO A CALÇADAS, QUE O CARRO ACERTOU ANA VITÓRIA E QUEBROU SUA PERNA, QUE A MEMSA SERÁ REMOVIDA PARA O RECIFE PARA RELAIZAR CIRURGIA. QUE O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO COMO LAMPIÃO DA PRAÇA TAXISTA, QUE FOI SOLICITADO AO AUTOR QUE ELE PRESTA-SE SOCORRO A ANA QUE ESTAVA NA CALÇADA, SENDO QUE O MESMO SE RECUSOU E FOI EMBORA, QUE LIGARAM PARA O SAMU MAS COMO ESTAVA DEMORANDO, O PAI DE ANA VITÓRIA A LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO LUIS PARA SER ATENDIDA.

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

KARLA DOS SANTOS DIAS
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**

República Federativa do Brasil

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
Oficiala Designada
Maria Genoveva Ramos Albuquerque
Substituta

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ANA VITÓRIA FLORENTINO DIAS

MATRÍCULA
0766790155 2014 1 00048 271 0047366 35

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO: três de outubro de dois mil e quatorze

DIA: 03 | MÊS: 10 | ANO: 2014

HORA: 11:46

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE FEDERAÇÃO: Surubim-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: Surubim - PE

LOCAL DE NASCIMENTO: no Hospital São Luiz, desta Cidade de Surubim-PE

SEXO: feminino

FILIAÇÃO

José Hélio dos Santos Dias e Ana Paula do Canto Florentino

AVÓS

Avós Paternos: Elionildo Francisco Dias e Josefa dos Santos Dias
Avós Maternos: Vandoise José de Souza Florentino e Maria do Canto Florentino

GÊMEO: NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S): x-x-x-x-x

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO: seis de outubro de dois mil e quatorze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO: 30-59089050-8

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

1ª VIA. ATO GRATUITO. Registro lavrado no Lv. A-48, fls. 271, nº 47.366.

Válido Somente com o selo de Autenticidade e Fiscalização.

Tribunal de Justiça de Pernambuco - Selo de Autenticidade e Fiscalização - ANOREG-PE - ATO GRATUITO - ABG093399

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
06 de outubro de 2014

OFICIAL

Maria Genoveva Ramos Albuquerque
Oficiala Substituta

Estado de Pernambuco

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000010039720-4

Nr. da Autenticação 56655D16DC2ECD32

Pernambuco
Av. 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
0001-08 | Inac. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSÉ HERCULANO SANTOS DIAS

CPF 052 044 554-69

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO FELIX FILHO 41 – B

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

7014665123	10/2019
06/11/2019	12/11/2019
21,77	

UNICA	11/10/2019	
11/10/2019	201307265	5911363

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,000000	0,582000	17,76
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,18
Acréscimo Bandeira CEMIG			0,83
Contrib Ilum Publica Municipal			0,99
ICMS Subvenção-CEE			0,59
Multa por atraso NF			1,39
Juros por atraso NF			0,11

TOTAL DA FATURA 21,77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
							1,00000		30,00

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS			
COFINS			

Fatura adaptada à Lei de Sacc - Cobrança de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010

DEMAIS APLICAÇÕES

RECEBIMENTO FÍSICO

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

	CONSUMO APURADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRANSITÓRIO	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	7,35	11,30	22,21
FIC	0,00	3,36	6,71	13,46
DMIC	0,00	3,30	0,00	0,00

Limite DIC 13,23 R$ 1,00 = Valor de Referência Uso do Sistema de Distribuição = R$ 6,85

SINAIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
220	MÍNIMO 201	MÁXIMO 231

CÓDIGO CONTRATO MÊS/ANO 10/19 DATA DE VENCIMENTO 06/11/2019 TOTAL A PAGAR (R$) 21,77

83860000000-0 21770011007-8 01468512310-8 14235967473-0

CELPE

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0308943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALRIS MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA, 19

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
079.2.0007	ÚNICA	07/10/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2019	2011169066	3753008

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005749888	10/2019
DATA DO VENCIMENTO: 14/10/2019	DATA DE APRESENTAÇÃO DA PRÓXIMA FATURA: 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

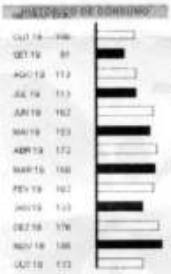
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	108,0000000	0,81099952	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,64
ICMS Subvenção CDE- NF 069224776-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção CDE- NF 072044292-05/08/19			0,80
Multa por atraso NF 075948394 - 04/09/19			1,35
Juros por atraso NF 075948394 - 04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA 102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	33	1,00000		108,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	87,06	25,00	23,26
PIS	93,06	1,24	1,15
COFINS	93,06	5,69	5,53

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	26,44	31,65%
Transmissão	R$	3,23	3,87%
Distribuição (Celpe)	R$	19,61	21,07%
Perdas de Energia	R$	5,17	6,03%
Encargos Setoriais	R$	4,01	4,85%
Tributos	R$	26,60	32,23%
Total	R$	83,06	100%

Consumo Mensal(kWh) — TARIFAS APLICADAS — CHEQUE

MEDIDOR METROL
ESSA BE 25 ECBO ESEP C000 JC00 FEC1 B302

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagar no vencimento evita perda de descontos e cobranças em atraso. Mais informações em www.celpe.com.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 36.499/13. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 36.499/13. O cliente é comparecido quando há redução na contratação individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prós. mês. O Cliente é comparecido quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, serviços prestados e índices de qualidade estão à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

CELPE Serviços

Pernambuco
Av. 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
0001-08 | Inac. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE HERCULANO SANTOS DIAS

CPF 052 044 554-69

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO FELIX FILHO 41 – B

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

7014665123	10/2019
06/11/2019	12/11/2019
21,77	

Dia de leitura	UNICA	11/10/2019
11/10/2019	201907265	5911363

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,000000	0,582066	17,76
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,83
Contrib Ilum Publica Municipal			0,99
ICMS Subvenção-CEE- TE 107/05-INS-0001/19			0,59
Multa por atraso-NF 072555486 - 09/09/19			1,39
Juros por atraso-NF 072555486 - 09/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA 21,77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
							1,00000		30,00

	BASE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS			
COFINS			

Fatura impressa em formato de baixa - Cobrança Disponibilidade, inciso III, Resolução ANEEL 414/2010

	CONSUMO APURADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRANSITÓRIO	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	7,33	11,00	22,21
FIC	0,00	3,36	5,71	13,46
DMIC	0,00	3,30	0,00	0,00

TENSÃO NOMINAL 220

LIMITE DE VARIAÇÃO (V)

CODIGO CONSUMIDOR MÊS/ANO 10/19 DATA DE VENCIMENTO 06/11/2019 TOTAL A PAGAR (R$) 21,77

83860000000-0 21770011007-8 01468512310-8 14235967473-0

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA M. DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.916.384 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA VITORIA FLORENTINO DIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 159.034.084 / 19, 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		Número	Complemento
RUA JOAO BATISTA		370	CASA
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	8199665 0454	8198133-5022	

SURUBIM, 05 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data

Adriana Mª M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

CENTRO MÉDICO SÃO CAMILO
Hospital São Luiz
APAMI - Surubim

Ana Vitória Florentino Dias

LAUDO MÉDICO

Menor com história de acidente automobilístico em 09/08/19. Na ocasião sofreu um politraumatismo com fratura fechada da diafisária do 1/3 distal com necessidade de imobilização e seguimento ambulatorial, na perna E.

Permaneceu imobilizada de 09/08/19 a 30/09/19 quando recebeu alta para reabilitação, já sem o gesso. VIRE

Rua Maria Barbosa S/N – Surubim-PE CEP. 55750-000
Fone: (081) 3634-1664 Tim - 9.9627-2107 /Claro - 9.9426-3858 / Vivo - 9.8232-1287
e-mail : centrosaocamilohsl@hotmail.com

Hospital São Luiz
APAMI - Surubim

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 a menor ANA VITORIA FLORENTINO DIAS, deu entrada neste serviço no dia 09/08/19, após atropelamento, feito atendimento, medicada em seguida transferida para o Hospital Otavio de Freitas, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 29 de outubro de 2019.

Adriana Olivia Cabral
Funcionaria Encarregada

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

Atendimento:119/134712 Data:09/08/2019 11:45 Recep: VANDSON
Convênio:SUS Matrícula: Setor:URGENCIA/EMERGENCIA
Médico: **FRANCISCO EUDES R DE AQUINO** Cartão SUS: 898004512719417

Registro:3001679
Paciente:**ANA VITORIA FLORENTINO DIAS** Prontuário:0
Nascimento:03/09/2010 - Idade:8 anos Cor: Parda
Endereço: RUA JOAO FELIX FILHO Sexo: Feminino
Bairro: CENTRO Nº41 C.P.F. . . -
IBGE/Cidade:SURUBIM Cep: - Identidade: /
Pai: JOSE HELIO DOS SANTOS DIAS UF:PE Telefone: 81 95846181
Mãe: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO G. instrução:
Est. Civil: Ocupação: MENOR
Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamenese e Exame Sumário: [illegible]

Exames Complementares: [illegible]

Hip Diagnóstica /Cid: [illegible]

Prescrição/Tratamento: KOF
S-5745132

Francisco Eudes R. de Aquino
Médico
CRM-PE 13050

Reavaliação:

Materiais Usados:

Assinatura e Carimbo do Médico

X

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS	REG: 1092853
CLINICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO: EMERG PED

OPERADOR: DR AIRTON CASE

1º ASSISTENTE: DR RENATO COSTA	2º ASSISTENTE: DRA MÔNICA MAGALHÃES
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR BRUNO
ANESTESISTA: SEDAÇÃO	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 10/08/2019	INÍCIO:	FIM:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO
2. VISUALIZADO EDEMA IMPORTANTE E FERIMENTO SUPERFICIAL COM SECREÇÃO EM PERNA ESQUERDA, SEM COMDIÇÕES DE GESSO
3. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA
4. GESSO COXOPODÁLICO
5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO
6. À SR

Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE 26982

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 09/08/2019 16:39
Prontuário: 1092853
Nº. Atendimento: 3363952
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
EDUARDO KRUG CARVALHO

Nome:
ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Idade:
4 Anos 10 Meses 6 Dias

Nasc.
03/10/2014

Sexo:
FEMININO

CNS:
898004512719417

Contatos:
81. 79027511 | Celular: 81.

Mãe:
ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

Endereço:
AVENIDA SAO JOSE , N.º 41 - : BAIRRO: FOVOADO MINOSO - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Admissão

Queixa Principal

DOR EM PERNA ESQ

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 5H. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. DOR EM PERNA ESQUERDA. NEGA OUTRAS QUEIXAS

Exame Físico

DEFORMIDADE EM PERNA ESQ, EDEMA LEVE, ESCORIAÇÃO EM PERNA ESQ

Observações

RX FRATURA OSSOS PERNA ESQUERDA

Conduta

REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA SOB SEDAÇÃO

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075

Data/Hora: 09/08/2019 - 17:27

Dr. Eduardo Krug Carvalho
CRM: 15075 - RQE 14141

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3363952 Prontuário: 1092853

Nome: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS Nome Social:

Data Nasc.: 03/10/2014 Idade: 4 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG: CNS: 898004512719417

Endereço: AVENIDA SAO JOSE Nº: 41

Bairro: POVOADO MIMOSO Cidade: SURUBIM Estado: PE

CEP: 55750000 Fone: 558179027511 Celular:

Acompanhante: Profissão:

Nome da Mãe: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Visto NEPI Notificação ATT Kerio 22.58.1

2 - ATENDIMENTO Data: 09/08/2019 16:39 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 5H. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA

Exame Físico: ~~AV LÚCIDA~~

PA:_____ FC:_____ FR: _____

Diag. Provisório:

FRATURA OSSOS PERNA (E)

ESQUERDA.

Prescrição:

Dieta: _____

Data		Horário
	VÍ CONTROLE	
	PRA ORTOPEDIA.	

Dr. Eduardo Reis Carvalho
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 2025 - TEOT 14144

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER_V2**

Data e hora retirada da senha: 09/08/2019 16:39

Nome Paciente:	ANA VITORIA FLORENTINO DIAS
Cód. Paciente:	1092853
Data de Nascimento:	03/10/2014
Sexo:	Feminino
Idade:	4
Senha:	EA0032
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3363952
SAME:	1092853

Período: 09/08/2019 17:09 - 09/08/2019 17:10

ELISABETH SANTIAGO DREYER - COREN: N/D 59 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	**AMARELO - URGENTE**
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	REFERE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM MIE. NEGA ALERGIAS/ VOMITO/ PERDA DE CONSCIENCIA.
Observação:	COM RX
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- DEFORMIDADE GROSSEIRA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA + C. bucal

Pelo mecanismo de Acid

Acolhido(a) por: ELISABETH SANTIAGO DREYER - COREN: N/D 59 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/08/2019 17:10

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Paciente: 1092863 - ANA VITOR A FLORENTINO DIAS Idade: 4 Anos 10 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 03/10/2014

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIN SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 12345 Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3363959 Leito: EMERG PED 07 Admissão: 09/08/2019 18:04

Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 576357 (FECHADO)

Responsável: DEBORA AVILA ACIOLY - CRM 19751 / PEDIATRIA

Data de Referência: 11/08/2019

Data/Hora do Documento: 11/08/2019 07:59

11/08/19 - 8H

4 anos, 2º DIH, 22 kg

#HD: 1) FRATURA DOS OSSOS DA PERNA E

#Em uso: VENOCLISE
DIETA ZERO
DIPIRONA
SIMETICONA

#DE: Sem distermias.

Genitora refere que menor estava reclamando de dor em perna E

#Ao exame: EGB, corada, hidratada, eupneica, normoperfundida, consciente e orientada.

ACV: RCR em 2T, BNF, S/S
AR: MV+ em AHT, S/RA
ABD: Plano, flácido, indolor, s/VMG
Extremidades: tala gessada em perna esquerda com mobilização adequada dos dedos.

CD: 1) Mantenho dieta suspensa + venoclise.
2) Aguarda nova abordagem cirurgica
2) Mantenho venóclise.

Débora Avila Acioly
Médica
CRM 19751

DEBORA AVILA ACIOLY
CRM 19751

HOF HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
NOTA DE SALA CIRÚRGICA/ BLOCO CIRÚRGICO CENTRAL

ROT 9.17 - 02 V1

DATA: 15 / 08 / 19 Urgência: (X) Eletiva: ( ) Nº Sala Cirúrgica: (02) Circulante: Josué
Nome do Paciente: Sandra Lúcia Florentino Dias
Atend: 3363959 Reg: 1583553 Idade: 04 Instrumentador(a):
Cirurgião: Dr. Thale Auxiliar(1): Dr. Luz Auxiliar(2):
Enfermeiro (a): Sonia Zezeus Anestesista (o): Dr. José Amarilina Anestesia: Geral
Especialidade: Uro( ),Uro PVL( ),Geral( ),Geral PVL( ),Trauma(X), CPRE( ),Torácica( ),Torácica PVL(
CIRURGIA: Biópsia incisional de mucosa oral

QTD	MEDICAMENTOS	QTD	MEDICAMENTOS	QTD	MEDICAMENTOS
	ADRENALINA AMPOLA		CLORIDATRO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA		NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA
	ÁGUA BIDESTILADA 10ml AMPOLA		FENERGAN AMPOLA		NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA
	ÁGUA BIDESTILADA 500ml FA		FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA		RANITIDINA (ANTAK) AMPOLA
	AMINOFILINA AMPOLA		GLICOSE 50% AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml
	AMICACINA AMPOLA		GLUCONATO DE CALCIO AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml
	ATROPINA AMPOLA		HIDROCORTISONA 500mg		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml
	BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA		HIOSCINA AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml
	CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA		HYPAQUE AMPOLA		SORO GLICOSADO 10% 500ml
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA		LIQUEMINE (HEPARINA) FA		SORO GLICOSADO 5% 500ml
	DECADRON AMPOLA		MANITOL (3%) / (20%)		SORO RINGER LACTATO 500ml
	DICLOFENACO DE SÓDIO AMPOLA		METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA		TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA
	DIPIRONA AMPOLA		METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA		XYLOCAINA GELEIA TUBO
	DOPAMINA AMPOLA		NEOCAINA 0,5% C/A AMPOLA		XYLOCAINA SPRAY (PUFF)
	CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1g FA		NEOCAINA 0,5% S/A AMPOLA		
	CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA		NEOCAINA 5% PESADA AMPOLA		

QTD	CONTROLADOS	QTD	CONTROLADOS	QTD	CONTROLADOS
	ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA		FENTANILA (FENTANIL) FA		MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA
	ATRACÚRIO (TRACRIUM) AMPOLA		FLUMAZENIL (LANEXAT) AMPOLA		PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA
	CLORIDRATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA		MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA		REMIFENTANIL (ULTIVA) FA
	CETAMINA (KETALAR)50mg FA		MIDAZOLAN (DORMONID) 50mg AMPOLA		SUGAMADEX (BRIDION) 100mg AMPOLA
	DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA		MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA		TRAMADOL (TRAMAL) 100mg AMPOLA
	ETOMIDATO 2mg/ml AMPOLA		MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA		

QTD	DESCARTÁVEIS	QTD	DESCARTÁVEIS	QTD	DESCARTÁVEIS
	AGULHA 13X4,5 UNID		DRENO PENROSE Nº		SONDA ENDOTRAQUEAL C/B Nº
	AGULHA 25X07 UNID		DRENO DE SUCÇÃO Nº		SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº
	AGULHA 40X12 UNID		DRENO TORÁCICO Nº		SERINGA 1 cc
	AGULHA P/ PERIDURAL Nº	CR	ELETRODOS		SERINGA 5 cc
	AGULHA P/ RAQUI Nº		EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS		SERINGA 10 cc
OK	ALG. ORTOPÉDICO (g)	OK	ESPARADRAPO ANT. CM		SERINGA 20 cc
01	ATADURA DE CREPE Nº 10 CM		ESPARADRAPO IMPERM. CM		SERINGA 60 cc
10	ATADURA GESSADA 15 CM	01	GASES PACOTES		SONDA FOLEY Nº
	BOLSA DE COLOSTOMIA		JELCO Nº		SONDA NASOGÁSTRICA Nº
	CATETER SUBCLÁVIA ADULTO		LÂMINA BISTURI Nº		SONDA URETRAL Nº
	CATETER SUBCLÁVIA PEDIÁTRICO		LIGA CLIP Nº 300		SONDA RETAL Nº
	CATETER NASAL		LIGA CLIP Nº 400		SURGICEL UNID
	CERA PARA OSSO		LUVA CIRÚRGICA 7,0		TELA PROLENE CM
	COLETOR SISTEMA ABERTO		LUVA CIRÚRGICA 7,5		TORNEIRINHA 3 VIAS
	COLETOR SISTEMA FECHADO		LUVA CIRÚRGICA 8,0		TRAQUEÓSTOMO Nº
	COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID	OK	LUVA DE PROCEDIMENTO		TUBO DE SILICONE
	DRENO LÂMINAR Nº	OK	MÁSCARA/ TOUCA		

	FIOS	QTD	MATERIAIS	QTD	SOLUÇÕES
	ALGODÃO SEM AGULHA Nº		BASICO VIDEO		ÁGUA OXIGENADA (ML)
	ALGODÃO COM AGULHA Nº		BASICO AZUL		ALCOOL 70% (ML)
	CAT. GUT CROMADO Nº		BASICO TORÁCICO		CLOREXIDINA 2% (ML)
	CAT. GUT SIMPLES Nº		BASICO HEMORROIDECTOMIA		CLOREXIDINA ALCOÓLICA (ML)
	SEDA Nº		BASICO DE FISTULA		ÉTER (ML)
	MONONYLON Nº		BASICO DELICADO		GEL
	CAPROFYL Nº		BASICO PROSTATA	CR	MALHA ORTOPÉDICA
	FITA CARDÍACA		CANETA DE BISTURI		
	PROLENE Nº		CAPOTE ( ) LAP ( )		
	VICRYL Nº		KIT URO / RTU		
	PDS Nº		VIAS BILIARES		

QTD	EQUIPAMENTOS	QTD	EQUIPAMENTOS	QTD	EQUIPAMENTOS
	MONITOR CARDÍACO (X)		OXIMETRO DE PULSO (X)		CO2 ( ) INÍCIO ___ TÉRMINO ___
	PNI ( )		PAM ( )		OXIGENOTERAPIA SIM ( ) NÃO ( )
	CAPNÓGRFO ( )		ASPIRADOR ( )		APARELHO DE VIDEO ( )
	BISTURI ELÉTRICO ( )		BISTURI ULTRASSÔNICO ( )		INTENSIFICADOR DE IMAGEM ( )
	BOMBA DE INFUSÃO ( )		AQUECEDOR TÉRMICO ( )		EQUIPAMENTO DE LASER ( )
	STIMUPLEX ( )		TOF ( )		SERRA MACON + NITROGÊNIO ( )

	HORÁRIO MONTAGEM DA SALA	QTD	HORÁRIO DA ANESTESIA	QTD	HORÁRIO DA CIRURGIA
	INÍCIO		ENTRADA DO PACIENTE ÀS		INÍCIO 09:53
	TÉRMINO		INÍCIO 09:50		TÉRMINO 10:10
			TÉRMINO 10:10		
			SAÍDA DO PACIENTE ÀS		

TÉCNICO DE ENFERMAGEM – ASSINATURA / CARIMBO

DATA DA HOMOLOGAÇÃO ___/___/___

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Tejipió
Recife – PE
CEP: 50920 – 640
Telefone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO___/___/___

HOF 01

SES/TUSAO
HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS | Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Ana Vitória Florentino Dias

CLÍNICA: ENF.: LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
09/08/19	17:50	ecg adm. cl história de atro pelomento há ± 6h; mega desmai vômitos; cl MIE imobilizado, cl edema, perfusão diminuída; cl ECR, no momento calma, medicada no hospital de origem ansiosa, eupnéica; hidratada, corada; veia cl AVP MDS, em dieta ∅ há ± 6h. Ag. procedimento cirúrgico. Segue descrição
		09/08/19 - 18:45
		HDD=1
		14 ts fratura ossos da perna E
		em uso: Jerobac remedi, Dipirona S/N
		DD. s/ cistem. Jejum: 06 (sol)
		- Diurese: presente. Nega dor
		- Evacuação: ausente
		- em jejum desde 22.30
		pa mucosa: ECR, eupnéica, hidratada, corada, boa perfusão.
		pa especularis.
		pa. abdome depressível
		SOD: MIE imobilizado.
		SN. consciente.

MJ-ECOF

cd - pele de ter jus
- Dieta normal, ? hoje

DATA	HORA	EVOLUÇÃO

09/08/19	19:20 h	Plantão Noturno Pedro
		# Fratura dos ossos do punho E
		DS = Dieta zero. Jejum de meia
		noite. Temp = 37,4. FEG, —
		Dores leves. Queixa dores abdominais
		DO = EGR. Escoriação
		no tendão E. Tala posterior
		no MIE. Hidratado.
		Temp = 37,4°C. Acianótico,
		eupneico.
		ACV = RCR. BNF 27 FC =
		84 BPM
		AR = Eupneico. MV normal
		AD = abd. abaulado, depressível
		doloroso à palpação difusamente. Sem
		tumoração ou descompensação
		ortes. RHA ↑
		EN = consciente, orientado
		SDA = Tala gesso MIE
		Permissão livre de alerta
		Conduta: Faço sintomático, oral

09.8.19	Menor evolui bem, consciente, orientado, deambula, MIE c/ tala gessada, sem queixas, sem sinais suspeitos por falta de carga na SR, liberado alta e guia para novamente às 00 horas do cirurgião.
10.8.19	Menor enfermaria melhorado em alta geral, para cirurgia. Procedimento cirurgia no momento, sem queixas.

PERNAE RX 11 8 19

11/8/19 Enfermagem.

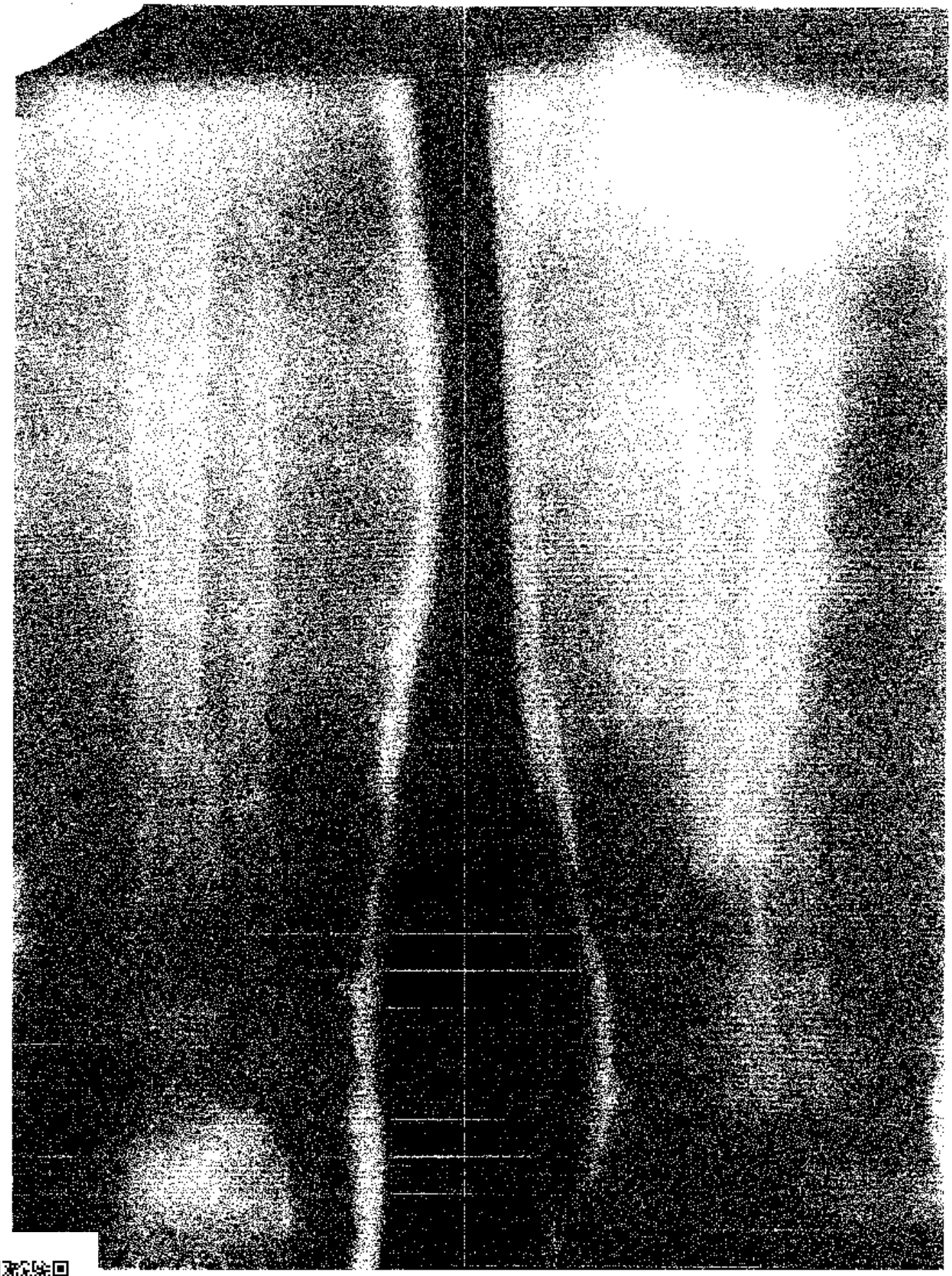
Menor q E.C. Rigolin, Azelio, venóclise por veia periférica. Dieta zero, Aguardando BC

14h Retorno de SR. Venóclise por veia periférica. Realizou RX de Crânio, Aguardando resultados.

16h Alta hospitalar, Aguarda Transporte

Maria Maria S. Souza
Mat. 7209540
COREN - PE 56110 ENF

Maria Maria S. Souza
Mat. 7209540
COREN - PE 56110 ENF



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMAETE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
02378605879

VALIDADE
08/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/06/2017

Charles Andreas Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755006
PE0786652272

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
159.034.084-19

Nome
ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Nascimento
03/10/2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMAETE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
02378605879

VALIDADE
08/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/06/2017

Charles Andreas Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755006
PE0798665272

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN-PE — Nº 014357048083
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RENTFIC	EXERCICIO
1	1128401697	**********	2019

NOME: LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

SURUBIM-PE

CPF/CNPJ	PLACA
919.261.738-72	PDZ5599

PLACA ANT/UF	CHASSI
**********	9BWAG45U4JT033849

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS AUTOMOVEL/TAXI	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
VW/NOVO GOL TL MCV	2017	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
5P/82CV/999CL	ALUGUEL	BRANCA

IPVA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª********* 2ª********* 3ª*********

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
1	**********

PREMIO TARIFARIO (R$)	IOF (R$)	PREMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
12.00	0.06	16.21	17/01/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

Roberto Fontelles

LOCAL	DATA
SURUBIM-PE	26/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DETRAN

PE Nº 014357048083 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SURUBIM-PE — EXERCÍCIO 2019 — DATA EMISSÃO 26/02/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	919.261.738-72	PDZ5599

RENAVAM	MARCA / MODELO
1128401697	VW/NOVO GOL TL MCV

ANO FAB.	ANO MOD.	Nº CHASSI
2017	02	9BWAG45U4JT033849

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNB (R$)	DEMATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
5.40	0.60	6.00

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	DATA DE PAGAMENTO (R$)
4.15	0.06	16.21

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO 17/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 86.248.402/0001-94

JUL-2018

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO

SURUBIM (PE), 13 DE JANEIRO 2020.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS
REPRESENTANTE LEGAL: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3200001143

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que o processo de da minha filha seja REANALISADO, uma vez que ela foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 09/08/2019, onde sofreu FRATURA EM SUA PERNA ESQUERDA ESQUERDA, foi submetida a cirurgia, fez todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELAS(Fíbula e Tibia). Não foi submetido a PERICIA por um médico indicado pela LIDER para avaliar sua seqüela e foi liberado para ela um valor muito inferior a que tem Direito. Em contato com o atendimento da Lider fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então ela possa ser avaliada por um médico indicado pela Lider e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que o processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que ela encontra-se com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

Ana Paula do Canto Florentino
ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 8.235.570 SDS/PE - CPF 095.916.384-00
DATA DO ACIDENTE: 09/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS
ENDEREÇO: RUA JOAO FELIX FILHO Nº 41-B, CENTRO, 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.** PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 28 DE OUTUBRO 2019

Ana Paula do Canto Florentino

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º TABELIONATO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 10, Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3634-1413 E-mail: cartorio2notasesurubim.oficial@gmail.com
Fernando Nóbrega de Lima - Tabelião Público
Reconheco por AUTENTICIDADE (Firma(s) de (1)ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO
Dou fe. Surubim, segunda-feira, 28 de outubro de 2019 - 09:18h
Em Testemunho da verdade
Elizabete Lira de Andrade Cadena - 2ª Substituta
Total: 4,91 *VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE*
073214.ZIU09201901.03734-Rua Sete de Setembro nº 10 - Centro - SURUBIM-PE

2º Tabelionato de Notas de Surubim - PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001216/20

Número do Sinistro: 3200001143

Vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Data do acidente: 09/08/2019

CPF: 159.034.084-19

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/01/2020	Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 945.234.444-04	CPF: 492.294.514-87
:ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI	Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433418/19

Vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Data do acidente: 09/08/2019

CPF: 159.034.084-19

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO : 095.916.384-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 04/12/2019	Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 945.234.444-04	CPF: 492.294.514-87
ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAN	Marta Marinho dos Santos