

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190490416

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190490416

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190490416

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 024.085.344-02 4 - Nome completo da vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

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

5 - Nome completo: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA 6 - CPF: 024.085.344-02
7 - Profissão: ALUNO - DISTRI R - DUMONTE 8 - Endereço: 9 - Número: 1432 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MORRO DA CONCEIÇÃO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280-103
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081-987506443

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3206 9 CONTA: 0477098 6
(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 sinistro 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

x Rogério do Nascimento Santana
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





19/11/2018 12

542442
0286956/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0106002998**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2018** às **12:33****ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/10/2018** no período da Manhã

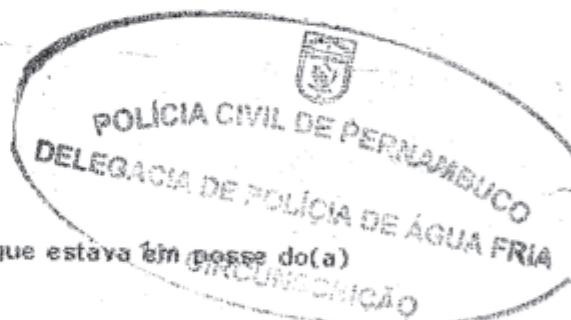
Fato ocorrido no endereço: **RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, 1 - Bairro: PORTO DA MADEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SONIA MARIA R. DO N SANTANA Data de Nascimento: 2/8/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ADMINISTRADOR(A)
Endereço Residencial: **BAIRRO DE MORRO DA CONCEICAO (BAIRRO), 1432, RUA DO MONT**
- CEP: 55000-000 - Bairro: **MORRO DA CONCEICAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/RENAULT/LOGAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PZG3731 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Complemento / Observação

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/.infopol/xml/BOEPreview..

QUE O DECLARANTE CAMINHAVA NA MARGEM DO RUA SUPRACITDA, QUANDO O VEICULO EM TELA O ATROPELOU. QUE FORA JOGANDO AO CHÃO COM TRAUMA NA PERNA ESQUERDA, EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO., DEPOIS AO HOSPITAL HAPVIDA DO ESPINHEIRO.

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

Rogério do Nascimento Santana.

**ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GILBERTO BEZERRA ROCHA** - Matrícula: **3847748**



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: 024.085.344-02 4 - Nome completo da vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

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

5 - Nome completo: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA 6 - CPF: 024.085.344-02
7 - Profissão: ALUNO - DISTRI R - DUMONTE 8 - Endereço: 9 - Número: 1432 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MORRO DA CONCEIÇÃO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280-103
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081-987506443

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3206 9 CONTA: 0477098 6
(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 sinistro 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

x Rogério do Nascimento Santana
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001534 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA, 40 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 5277948 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 024.085.344-02, residente à RUA DO MONT , nº 1432, , MORRO DA CONCEIÇÃO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/10/2018, por volta das 07:47 hs, no endereço: RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, S/N, BEBERIBE RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL LOGAN PRATA PZG3731-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA, inscrito sob o CPF nº 024.085.344-02 e Registro Geral ° 5277948, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 704119-5 HEITOR. Foi transportado(a) para o HOSPITAL HAPVIDA ESPINHEIRO. Registrado(a) com o prontuário nº 16500796. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/11/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001534



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

NOVA 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. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
HERCILIA HENRIQUETA DE LUNA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DUMONT 1432

CPF: 024.377.194-07

MORRO DA CONCEICAO/RECIFE
RECIFE PE
52280-103

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	USURARIO
1118236021	08/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE PAGAMENTO
30/08/2019	16/09/2019
FORMA DE PAGAR (R\$)	
	121,34

073704027	UNICA	18/08/2019
23/08/2019	2000804447	3132047

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	110,1803003	0,77545172	82,42
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-Nº 086181554-14/08/19			0,72
Coscatel LBY - 0900 055 5099			5,00

TOTAL DA FATURA

121.34

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
315204177	CAT	14/08/2019	999.899,00	16/08/2019	33,00	2	1,00000		34,00
018162	CAT	13/07/2019	4.422,00	14/08/2019	4.600,00	20	1,00000		87,00

STANDARDIZATION OF THE INSTRUMENT

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONCRETO

MÊS/ANO INDI	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
AGO-19 119			
JUL-18 123	ICMS	97,17	26,60
JUN-19 107	PIS	97,17	0,74
MAI-19 120	COFINS	97,17	3,42
ABR-19 128			
MAR-19 138			
FEV-19 125			
JAN-19 116			
DEZ-18 114			
NOV-18 119			
OCT-18 106			
SET-18 80			
AGO-18 83			

TERMO APLICADAS	
Consumo Abon(Wh)	0,54033000

RESERVAÇÃO FISCAL	
SE33 EBAE FBB1.1C8B 13CE 2EB7 C4E9 393A	

INFORMAZIONE IMPORTANTE

[illegible]

Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), Conselho Nacional de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

PUBLICAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR AFIRMAÇÃO jan/2016	LIMITE REDUZA	LIMITE TRIBUTARIAL	LIMITE ANUAL
DIO	0,00	4,95	0,91	19,82
FIC	0,00	3,17	6,36	12,70
DTSC	0,00	2,77	0,30	0,00

Lecture 12.22

EUR50 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 25,58

NOTES ON CONTRIBUTORS

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY
ANN ARBOR MI 48106-1500

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

1116286021	08/2019	30/08/2019	121,34
------------	---------	------------	--------

838700000010 213400110010 118236021108 141376900435



ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

24/10/2018 09:32

Paciente: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA Dt. Nasc.: 02/08/1978 Atendimento: 16500796 Prontuário: 5694665
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300217/2

Profissional(is): PAULO ROBERTO BAGGI PAES CRM 5057 [1] Nº: 10853348 15/10/2018 às 09:13

ANAMNESE

Queixa Principal Paciente trazido pelo bombeiro, consciente e orientado, diz ter sido atropelado por carro, apresentado dor no joelho E, quadril E e coluna lombar. solicitamos RX [1]

Queixa Principal

CID10 S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral Paciente trazido pelo bombeiro, consciente e orientado, diz ter sido atropelado por carro, apresentado dor no joelho E, quadril E e coluna lombar. solicitamos RX [1]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE [1]

CID10 S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPEÚTICO

Alta Após Medicação E Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação [1]

Paulo Roberto Baggi Paes
Traumato - Ortopedia
CRM: 5057 - Mat. 3375

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife / PE CEP: 52011-040

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

24/10/2018 09:32

Paciente: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Dt. Nasc.: 02/08/1978

Atendimento: 16500796

Prontuário: 5694665

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300217/2

Profissional(is): PAULO ROBERTO BAGGI PAES CRM 5057 [1]

Nº: 10855199 15/10/2018 às 11:19

ANAMNESE

Queixa Principal

[1]

Visto RX= ausencia de fratura , No joelho E ,
grande aumento de volume na face medial do joelho E , com
provavel lesão do ligamento colateral medial

Queixa Principal

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paulo Roberto Baggi Paes
Traumato - Ortopedia
CRM: 5057 - Mat. 3373





Secretaria de Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

Unidade de Saúde: Upinha ACS Maria Rita da Silva
Rua Corrego do Euclides s/n
Distrito Sanitário VII

Nome: Distrito Sanitário VII

Registro Nº _____ Cartão SUS Nº _____

20 AGO 2018
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 115 Lj 065
Grat. Recife/P

laudo Medico
Paciente Rogério Nascimento Santana, 40
anos, sofreu acidente, foi atropelado
no último dia 15/07/18. Onde foi
atingido principalmente no fêmur
esquerdo, fez uma RNM; evidenciou lesão
em corpo e corno posterior do menisco
medial e extensas a superfície superior +
inferior lateral da borda anterior do apof
femorale lateral. Submetido a cirurgia
em 12/07/18. Apresentando em todo o
emprego de trabalho.

Data: 29.07.18

NOME:

Rogério do Nascimento Santos

Laudo Médico

paciente com lesão em pé direito (E) CID M23.2
encontra-se de alta definitiva.

08/08/19

João Paulo Lafayette
Traumatologia - Ortopedia
CRM - 27.461

RECIFE,



SAG STR.

CAL SPINEAPP22AY_34
96 IMAGES

96 IMAGES

A8 T2 FFLPSE
21 IMAGES

21 IMAGES

SAG T 1 PAGE
12 MAGNETS

1.2. IMAGINES

LOC 3 PLACES
45 IMAGES

15 IMAGES

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

5

2

P

I

● M1: 15745-742

Comput.

☐ invoice ()

WHEELABRA

1995 Sea...

PACS A...

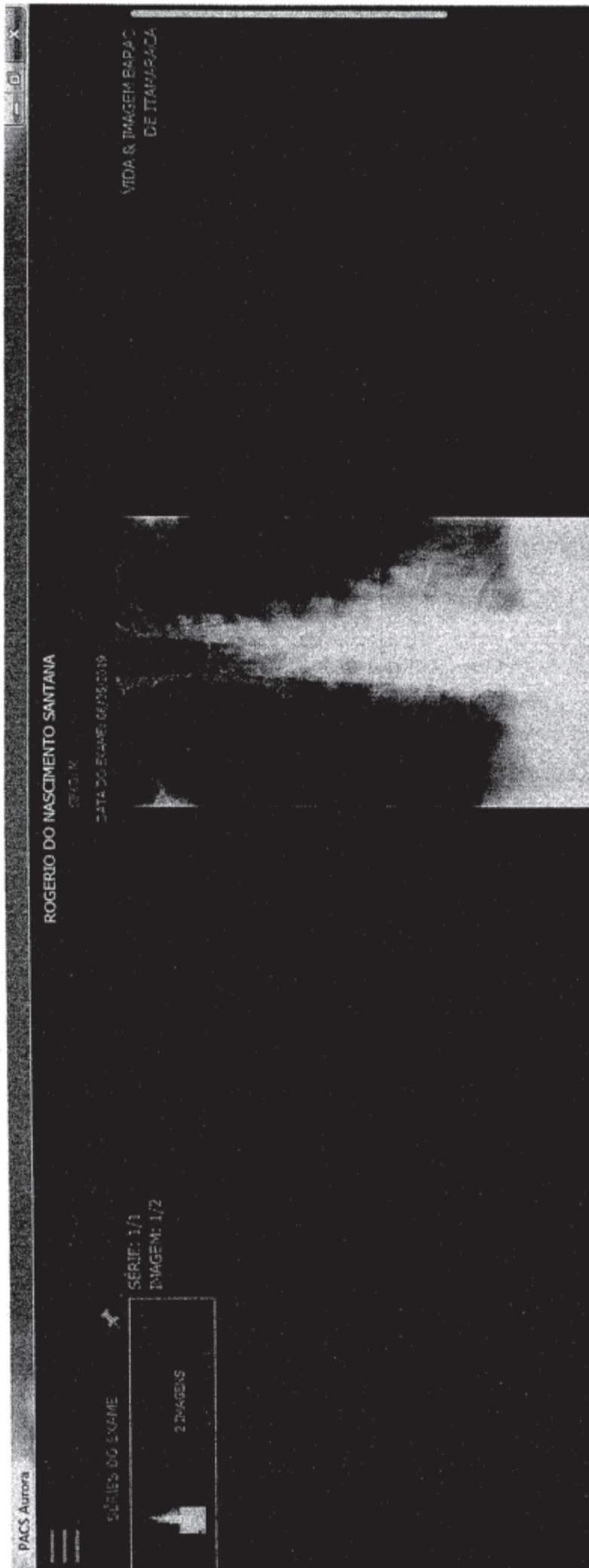
PACS A-

Contents

10

1

1



ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CEAD: N

DATA DO EXAME: 06/05/2019

SÉRIE: 1/1

IMAGEM: 1/2

2 IMAGENS

VIDA & IMAGEM BAPAC
DE ITAPARACA

MENTO DE SINISTROS
DPVAT
EIDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa
Grat. 2ed/1/1

SÉRIE DO EXAME

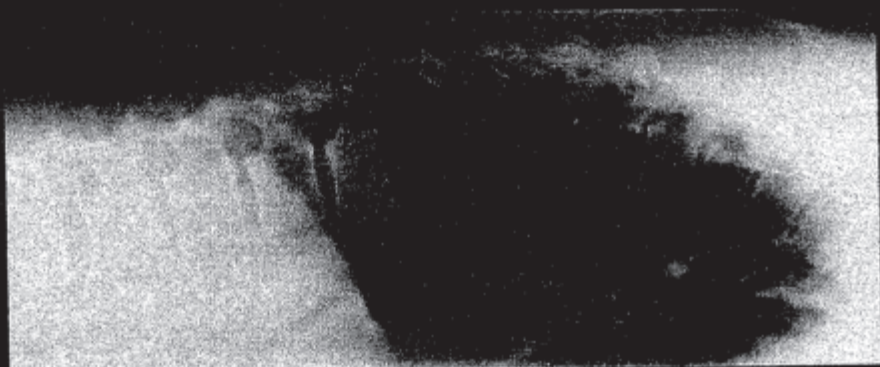
27/06/2019

SÉRIE: L1
IMAGEM: 272

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

DATA DO EXAME: 06/03/2019

VIDA N. NASCIMENTO SANTANA
DE ITAIPAVA



Navigation and tool icons including: a square, a magnifying glass, a circle with a horizontal line, a play button, a 70% zoom indicator, a window icon, a 'RELACAO D...' button, a 'L305 Serial' button, a 'PACS Aurora' button, a '70CS Aurora' button, a 'PT' button, a '20/06/2019' date button, and a '15:45' time button.

1409
V1: 10241 512

SAG DP
20 MAGSAXOPHAT
20 IMAGESCOR DP FAT
20 IMAGENSCORTELLI
IMAGES

SPRING 2017
PAGE 207

SAG DP FAT
SÉRIE: 4/8
IMAGE: 15

05237053 04-1201 1947102-231 61021177 120749105 945-

HOSPITAL JUNE 2000 LETTER

Q 1594
W: 21161-1558

PT 15:30 20/08/2019

PACS Auto.

FACS Auto...

1395 Series™

TV SÉRIALIZAÇÃO

OF

1

2

10

AMBITO DE SIMTOS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 15 Loja 2
Graciosa Recife PE



MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

024.085.344-02

ROGERIO DO NASCIMENTO
SANTANA

02/08/1978



DECLARAÇÃO

Venho por meio informar
Que não existe mais documentação médica
A se apresentar.

Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela
seguradora.

Eu ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA
Portador do RG 5.277.948 e CPF 024.085.344-02

Rogério do Nascimento Santana

Assinatura da vítima



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora S/A
CNPJ nº 02.085.344/02

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286956/19

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CPF: 024.085.344-02

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/10/2018

Titular do CPF: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CPF de: Próprio

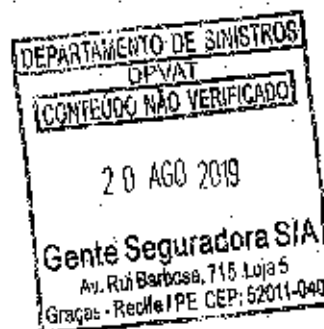
DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA : 024.085.344-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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 6134 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em original, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

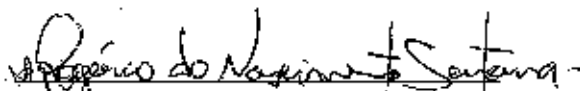
A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019

Nome: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CPF: 024.085.344-02

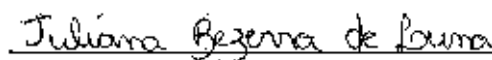

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69


JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190490416 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
SANTANA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO COM PROVÁVEL LESÃO LIGAMENTAR P2

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO DA PÁGINA 4 COM ALTA DEFINITIVA EM 08/08/2019.
RELATÓRIO MÉDICO DA PÁGINA 3 INFORMA CIRURGIA EM 12/07/2019:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286956/19

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CPF: 024.085.344-02

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/10/2018

Titular do CPF: ROGERIO DO
NASCIMENTO SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA : 024.085.344-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019
Nome: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA
CPF: 024.085.344-02

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA