

VALUAS EM R\$ 1000 D. TERRITÓRIO NACIONAL 1009001575	JOSE EDUARDO DA SILVA		
		UNIC. EMISSOR (UF - CPM EMISSOR UF) 1004542 1022 PR	
		CPF 455.536.024-91	DATA NASCIMENTO 02/04/1989
		FUNÇÃO JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
	IDENTIFICAD. 	REC. 	VALOR 3,0
	Nº EMISSÃO 00724253192	PREÇO 10/23/2019	1ª EMISSÃO 06/04/1989
PROPOSTA FIAT/FEAR 1009001575	OBSERVAÇÕES A		
			
	LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 11/11/2014	
	60378688469 PRO27545609		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMANITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS	DOC IDENTIFICACAO / DATA EMISSAO DE 3076998 EEF PR
	CNP 066.070.534-04 DATA MATRICULACAO 15/05/1985
	TUACAO MARCONI ALVES DOS SANTOS VERA LUCIA GOMES DIONIZIO
	FORMACAO 2000 CCO 2000 CCO CATEG 2
	VALIDADE 18/12/2020 1ª MATRICULACAO 10/02/2004
NUMERO 63.88567060	
CLASSIFICACAO AB PROD PERIGOSOS; AGENCI ATIV REMUNERADA.	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL JOAO PESSOA, PR	DATA EMISSAO 02/03/2016
	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO	

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

Nome: **Fábio da Costa Pereira**

CPF: 123.456.789.012
Data de Nascimento: 04/09/1996
Sexo: M
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Policial Civil

Assinatura: *Fábio da Costa Pereira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ALERA 16 DE 29 DE APOSTO DE 1991

Registro Geral: 9.968.589
Data de Emissão: 26/03/2021
Número de Registro: 075670.01.25.1996.1.0002.134.0028526.01
Data de Validade: 26/03/2026

CPF: 123.456.789.012
Data de Nascimento: 04/09/1996
Sexo: M
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Policial Civil

Assinatura: *Fábio da Costa Pereira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

Nome: **Fábio da Costa Pereira**

CPF: 123.456.789.012
Data de Nascimento: 04/09/1996
Sexo: M
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Policial Civil

Assinatura: *Fábio da Costa Pereira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ALERA 16 DE 29 DE APOSTO DE 1991

Registro Geral: 9.968.589
Data de Emissão: 26/03/2021
Número de Registro: 075670.01.25.1996.1.0002.134.0028526.01
Data de Validade: 26/03/2026

CPF: 123.456.789.012
Data de Nascimento: 04/09/1996
Sexo: M
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Policial Civil

Assinatura: *Fábio da Costa Pereira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 1988
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1421884961
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**
 DOC IDENTIDADE / DATA EMISSÃO / UF: **4910389 SSP PE**

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

FILIAÇÃO: **JOSE GOMES DE MOURA**
IGNACIA FERREIRA DE MO
URA

SEXO: **F** CAT. HAB: **2**
 PERMISSÃO: **02378605973** VALIDADE: **09/04/2023** 1ª EMISSÃO: **17/06/2002**

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: **SURUBIM - PE** DATA EMISSÃO: **10/04/2017**
 Assinatura: *Adriana Maria Moura de Albuquerque Fernandes*
 Assinatura do Policial: *Adriana Maria Moura de Albuquerque Fernandes*
 Assinatura do Registrado: *Adriana Maria Moura de Albuquerque Fernandes*

53286756000
 98078665573

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1421884961

2020
 1421884961
 09/04/2023

Consultar informações sobre o veículo

Informações sobre o veículo

Placa: KLG9029

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2JC42209R127937

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2009

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

 RESTRIÇÕES

> NADA CONSTA

 VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

 Consultar débitos

 Consulta de emissão de CRLV

Consultar informações sobre o veículo

Informações sobre o veículo

Placa: KLG9029

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2JC42209R127937

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2009

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

 RESTRIÇÕES

> NADA CONSTA

☐ VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

 Consultar débitos

 Consulta de emissão de CRLV

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137964/21

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF: 132.251.714-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF de: Próprio

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

FABIO DA COSTA PEREIRA : 132.251.714-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/06/2021
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

3210173971

Data da solicitação:

14/07/2021

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF do beneficiário:

132.25A.714
25

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700-1998

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: DOC IMAGEM

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOLICITO REANÁLISE DO MEU PROCESSO POLS SOBRE FRATURA EM MINHA FACE (NARIZ) ATÉ O PRESENTE MOMENTO ME ENCONTRO COM SEQUELA (DESVIO EM MEU NARIZ), SOLICITO SER AVALIADO POR UM MÉDICO DA LÍDER PARA VERIFICAR A MINHA SEQUELA E SER LIBERADO O VALOR A QUE TENHO DIREITO.

Supurbin, 14/07/2021

Local e Data

x Fabio da Costa Pereira

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a logo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a quem pedirá a seu cargo.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292396 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/05/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.6,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210173971 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA **Data do acidente:** 26/03/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DA FACE E FRATURA DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1 BAM/ 2/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210173971 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA **Data do acidente:** 26/03/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DA FACE E FRATURA DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1 BAM/ 2/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292396 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/05/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.6,9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Anderson Vinicius Dionizio dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua Cordeiro de Azevedo, nº 511, bairro N. Sra. da Conceição, Município de Campe, Estado de(o) PA, Cep: 38055-000, portador(a) do Rg nº 3076998, SSP/ PA e CPF nº 064.070.534-04

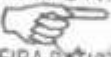
Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Gen. Fical, nº 154, bairro Monte Castelo, Município de João Pessoa, Estado de (o) PA, Cep: 58055-384, portador (a) do RG nº 1054156, SSP/ PA e CPF nº 455.536.094-95

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Anderson Vinicius Dionizio dos Santos, ocorrido em 04/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Santos
Processo de natureza imobiliária

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 22 de Julho de 2020.

CARTÓRIO


VIEIRA BATISTA

Outorgante

CPF Nº 064.070.534-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	FABIO DA COSTA PEREIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	9.968.589-50/PE CPF: 132.251.714-25
DATA DO ACIDENTE:	26/03/2020
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	FABIO DA COSTA PEREIRA
ENDEREÇO:	RUA MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO Nº 501 - SÍTIO MIMOSO - SURUBIM CEP: 55750-000

OUTORGADO

NOME:	ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE:	4.810.389-56/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO:	RUA JOAO BATISTA, 370 - CENTRO SURUBIM - PE CEP: 55750-000

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 CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM, 22 DE JUNHO DE 2021

Fabio da Costa Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	FABIO DA COSTA PEREIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	9.968.589-50/PE CPF: 132.251.714-25
DATA DO ACIDENTE:	26/03/2020
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	FABIO DA COSTA PEREIRA
ENDEREÇO:	RUA MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO Nº 501 - SÍTIO MIMOSO - SURUBIM CEP: 55750-000

OUTORGADO

NOME:	ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE:	4.810.389-56/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO:	RUA JOAO BATISTA, 370 - CENTRO SURUBIM - PE CEP: 55750-000

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 CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM, 22 DE JUNHO DE 2021

Fabio da Costa Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	FABIO DA COSTA PEREIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	9.968.589 SDSPE CPF: 132.251.714-25
DATA DO ACIDENTE:	26/03/2020
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	FABIO DA COSTA PEREIRA
ENDEREÇO:	RUA MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO N.º 501 - SÍTIO MIMOSO - SURUBIM CEP: 55750-000

OUTORGADO

NOME-	ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE-	4.810.389 SSPPE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO-	RUA JOAO BATISTA, 370 - CENTRO SURUBIM - PE CEP: 55750-000

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 CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM, 22 DE MAIO DE 2022

Fabio da Costa Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137964/21

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF: 132.251.714-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF de: Próprio

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

FABIO DA COSTA PEREIRA : 132.251.714-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/06/2021
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016363/22

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF: 132.251.714-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO DA COSTA PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

FABIO DA COSTA PEREIRA : 132.251.714-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146809/21

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF: 132.251.714-25

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: FABIO DA COSTA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

FABIO DA COSTA PEREIRA : 132.251.714-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/07/2021
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/07/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229291/20

Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

CPF: 064.070.534-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2020

Titular do CPF: ANDERSON VINICIUS
DIONIZIO DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS : 064.070.534-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/08/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292396

Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

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, contados 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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292396

Vítima: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004188

Conta: 000001097595-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210173971

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO DA COSTA PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 26/03/2020, emitido pelo Dr. LARISSA EVELYN CRM nº 28189 - PE, da Instituição UPA PREFEITURA DE SURUBIM, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210187331

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO DA COSTA PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220030155

Vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO DA COSTA PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064.070.534-04 4 - Nome completo da vítima: Anderson Vinicius Dionizio dos Santos

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

5 - Nome completo: Anderson Vinicius Dionizio dos Santos 6 - CPF: 064.070.534-04
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Carlota de Brito 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Comarca 12 - Cidade: Bende 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58322-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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: Santander

AGÊNCIA: 4488 CONTA: 01097595
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE IML - SÊNCIA 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

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 (vivo/não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

132.251.714-25

4 - Nome completo da vítima:

FABIO DA COSTA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

FABIO DA COSTA PEREIRA

6 - CPF:

132.251

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA MARIA FRANCISCA

9 - Número:

501

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÍTIO MIMOJO

12 - Cidade:

JURUPARÁ

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55450-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-99700-1995

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

NUBANK

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

92348275

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 discordo 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 resíduo (valiosos)?

☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abrigação do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Folha de carta assinada
JURUPARÁ 22/06/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

132.251.714-25

4 - Nome completo da vítima:

FABIO DA COSTA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

FABIO DA COSTA PEREIRA

6 - CPF:

132.251

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA MARIA FRANCISCA

9 - Número:

501

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÍTIO MIMOJO

12 - Cidade:

JURUPARÁ

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.500-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-99700-1995

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R 1.000,00 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 5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

NUBANK

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

92348275

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 discordo 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 da 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 resíduo (valiosos)?

☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abrigação do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Folha de carta assinada
JURUPARÁ 22/06/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 132.251.714-25 4 - Nome completo da vítima: FABIO DA COSTA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: FABIO DA COSTA PEREIRA 6 - CPF: 132.251

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA MARIA FRANCISCA 9 - Número: 501 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SÍTIO MIMOJO 12 - Cidade: JURUPAIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55150-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 92348275 2

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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 ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jurupaim 22/05/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 049601.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 049601.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 14:14 min do dia 21/07/2020, na Delegacia Online, **ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, nascido(a) em 15/05/1985, idade 35, estado civil Solteiro (a), filho(a) de VERA LUCIA GOMES DIONIZIO e MARCONI ALVES DOS SANTOS, CPF 064.070.534-04, residente e domiciliado(a) no(a) LOTEAMENTO NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, nº 0, complemento LOTE 14, QUADRA 16, bairro CENTRO, na cidade de Conde/PB. CEP: 58322000, telefone(s) 83, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 04/05/2020 08:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 018, CENTRO, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA CG 125 FAN ES, ANO/MOD 2011/2011, COR ROXA, PLACA OEV 4207/PB, CHASSI 9C2JC4120BR701587, em nome de MARIA DE FATIMA DO N SANTOS, CPF de nº 93029055434, quando vinha na PB 018 sentido Conde, um veículo não identificado fez uma manobra indo a colidir na moto, perdeu controle da moto caindo ao solo sendo socorrido pelo SAMU para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, onde foi atendido

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

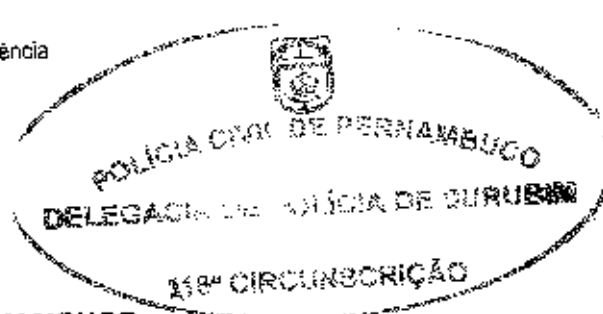

ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS

71696CA389D3814B7E02897C7B167983

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel: (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0206000988**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **13:48**

Complementa o BO Número: **21E0206000982**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MANDURI, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE** - Bairro: -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55750-000** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA GOMES DA COSTA** Pai: **EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA** Data de Nascimento: **4/9/1996** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9968589/SDS/PE (RG), 13225171425 (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
- **81981488411**

Residencial: **SITIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL, SURUBIM-PE**
- CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KL69029** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **174895631** Chassi: **9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

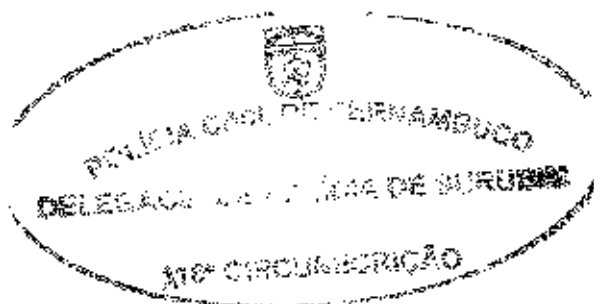
NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SRº FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANecendo NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

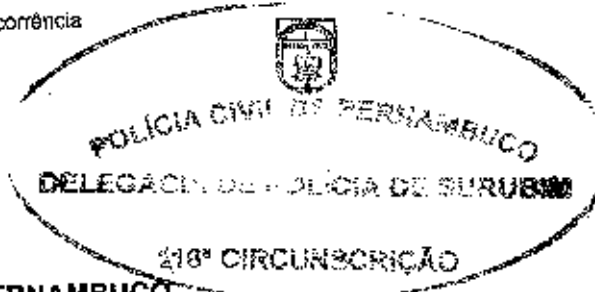
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Fábio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

[Assinatura]

B.O. registrado por: EDVALDO JOSE DA SILVA - Matrícula: 3810267
(Liberado em 18/06/2021 às 13:50)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0206000982

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **26/3/2021** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MANDURI, 01 - Bairro: - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55750-000 -**
 Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTÍVEL MANDURI**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINALVA GOMES DA COSTA Pai: EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA Data de Nascimento: 4/9/1996 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9968589/SDS/PE (RG). 13225171425 (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Telefones Celulares: - 81981488411

Residencial: SÍTIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLG9029 (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: 174895631 Chassi: 9C2JC42209R127937 Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

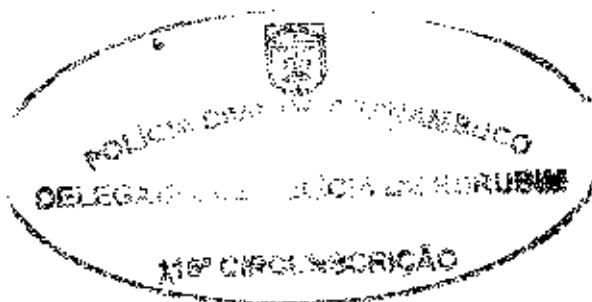
NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SRº FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA

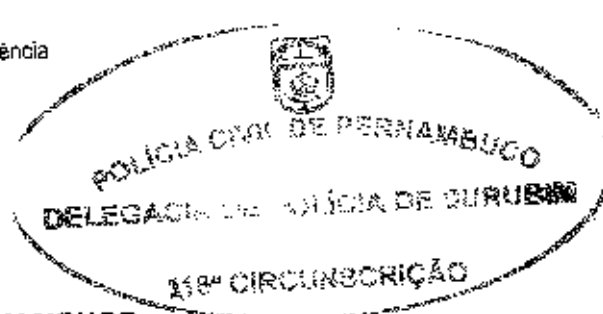
ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANecendo NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

Folha do Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**
(Liberado em **18/06/2021** às **10:11**)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0206000988**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **13:48**

Complementa o BO Número: **21E0206000982**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MANDURI, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE** - Bairro: -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55750-000** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA GOMES DA COSTA** Pai: **EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA** Data de Nascimento: **4/9/1996** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9968589/SDS/PE (RG), 13225171425 (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
- **81981488411**

Residencial: **SITIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL, SURUBIM-PE**
- CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KL69029** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **174895631** Chassi: **9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

18/06/2021

Boletim de Ocorrência

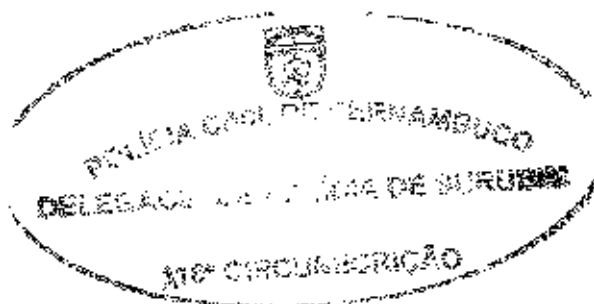
NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SRº FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANecendo NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

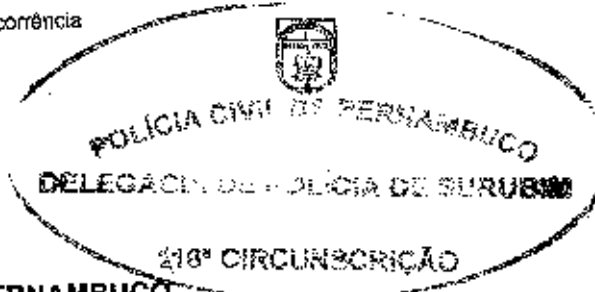
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Fábio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

[Assinatura]

B.O. registrado por: EDVALDO JOSE DA SILVA - Matrícula: 3810267
(Liberado em 18/06/2021 às 13:50)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0206000982

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **26/3/2021** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MANDURI, 01 - Bairro: - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55750-000 -**
 Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTÍVEL MANDURI**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINALVA GOMES DA COSTA Pai: EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA Data de Nascimento: 4/9/1996 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9968589/SDS/PE (RG). 13225171425 (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Telefones Celulares: - 81981488411

Residencial: SÍTIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLG9029 (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: 174895631 Chassi: 9C2JC42209R127937 Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

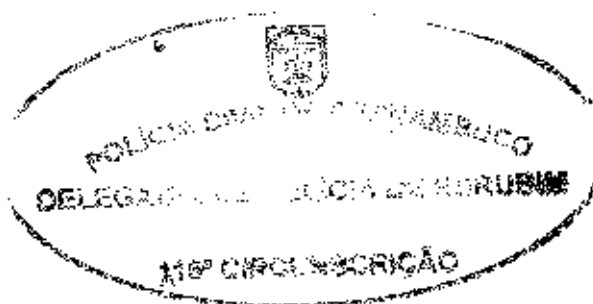
NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SRº FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA

ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS PERMANecendo NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

Folha do Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**
(Liberado em **18/06/2021** às **10:11**)





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. **21E0206000988**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **13:48**

Complementa o BO Número: **21E0206000982**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MANDURI, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE** - Bairro: -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55750-000** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA GOMES DA COSTA** Pai: **EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA** Data de Nascimento: **4/9/1996** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9968589/SDS/PE (RG), 13225171425 (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
- **81981488411**

Residencial: **SITIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL, SURUBIM-PE**
- CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLG9029** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **174895631** Chassi: **9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SR* FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRINEIROS SOCORROS PERNACENDO NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

Fábio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**
(Liberado em **18/06/2021** às **13:50**)





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. **21E0206000982**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **26/3/2021** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MANDURI, 01** - Bairro: - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55750-000** -

Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL MANDURI**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 090**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (OUTRO)
FABIO DA COSTA PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

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

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FABIO DA COSTA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA GOMES DA COSTA** Pai: **EXPEDITO DO NASCIMENTO PEREIRA** Data de Nascimento: **4/9/1996** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9968589/SDS/PE (RG), 13225171425 (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81981488411**

Residencial: **SITIO FURNAS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE QUEIROZ NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO DA COSTA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLG9029 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Renavam: **174895631** Chassi: **9C2JC42209R127937**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL DE SURUBIM-PE O SR' FABIO DA COSTA PEREIRA, INFORMANDO QUE NO DIA 26-03-2021 POR, VOLTA DAS 18:00 HORAS CONDUZIA A MOTONETACIMA MENCIONADA, PLACA KLG-9029, PELA RODOVIA

ESTADUAL PE 090 NO SENTIDO SURUBIM-PE A VERTENTE-PE E AO PASSAR PELO SÍTIO MANDURI A REFERIDA MOTONETA ESTOUROU O PNEU DIANTEIRA, ONDE A VÍTIMA CAIU SOBRE O ASFALTO E SAIU EMBOLANDO CAINDO SOB A PONTE, QUE SOFREU FERIMENTOS GRAVES E DEU ENTRADA NA UPA DE SURUBIM-PE ONDE RECEBEU OS PRINEIROS SOCORROS PERNACENDO NA MESMA UNIDADE HOSPITALAR ATÉ TER ALTA. CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DEPOL DE SURUBIM-PE.

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

a Folio da Costa Pereira
FABIO DA COSTA PEREIRA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**
(Liberado em **18/06/2021** às **10:11**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064.070.534-04 4 - Nome completo da vítima: Anderson Vinicius Dionizio dos Santos

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

5 - Nome completo: Anderson Vinicius Dionizio dos Santos 6 - CPF: 064.070.534-04
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Carlota de Brito 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Comarca 12 - Cidade: Bende 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58322-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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: Santander

AGÊNCIA: 4188 CONTA: 01097595
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE IML - SÊNCIA 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

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 (vivo/não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

132.251.714-25

4 - Nome completo da vítima:

FABIO DA COSTA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

FABIO DA COSTA PEREIRA

6 - CPF:

132.251

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA MARIA FRANCISCA

9 - Número:

501

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÍTIO MIMOJO

12 - Cidade:

JURUPUARA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55950-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-99700-1995

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

NUBANK

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

92348275

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 discordo 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 da 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:

30 - Vítima deixou resíduo (valiosos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abrigação do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Folha de carta assinada
JURUPUARA 22/06/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

132.251.714-25

4 - Nome completo da vítima:

FABIO DA COSTA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

FABIO DA COSTA PEREIRA

6 - CPF:

132.251

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA MARIA FRANCISCA

9 - Número:

501

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÍTIO MIMOJO

12 - Cidade:

JURUPUÁ

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55450-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-99700-1995

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R 1.001,00 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 5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

NUBANK

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

92348275

(2)

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 discordo 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☐ Vivo

24 - Data da 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 resíduo (valiosos)?

☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abrigação do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Folho de carteiro Pereira
Jurupá 22/06/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/08/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320029239601
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04188

CONTA: 000001097595

Número da Autenticação
AD2F376B7C647F6A

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento nº 001-00000000000000000000

Código de Verificação e Segurança do Documento

Número de emissão do boleto: 00000000000000000000 N° 047.216.564

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 210, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.8250

DADOS DO CLIENTE

ANDERSON VINÍCIOS DIONIZIO DOS SANTOS
RUA CORIOLANO COUTINHO S/N
CONDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1466791-9

REFERÊNCIA

JUL/2020

APRESENTAÇÃO

10/07/2020

CONSUMO

199

VENCIMENTO

06/08/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 188,01

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 17806.426171 1 83390000018801

Pagador: ANDERSON VINÍCIOS DIONIZIO DOS SANTOS - CNPJ/CPF: 064.070.534-04

RUA CORIOLANO COUTINHO S/N - N SRA CONCEICAO - CONDE / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120017806426	001466791202007	06/08/2020	R\$ 188,01	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



BOLETO PARA PAGAMENTO

Tela 1 de 3
23/06/2020 14:00:00

Nº 046.181.040

 **Energisa**ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.985.182/0001-40 - Insc. Est. 16.015.323-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUAGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERENCIA

JUN/2020

APRESENTAÇÃO

18/06/2020

CONSUMO

162

VENCIMENTO

26/06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 134,03

Recibo: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 17/07/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPE: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010129254	001698281202008	26/06/2020	R\$ 134,03	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-30447-3				



CNPJ 09.780.035/0001-64
INSC. EST. Nº 15.190.17814298-2

ALIMENTAÇÃO: RUA MARTO ESTANISLAU - NUN. - 02005 - SÃO SEBASTIÃO
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24588091 - Ago/2020	
MARIA DE BRITO AGUIAR R MARIA FRANCISCA DA CUNHEIRO, N. 501 - SÍTIO MINHASO SURUBIM PE 55750-000 INSCRIÇÃO: 145.190.195.0108, RUA GRUPO 16 DEB. AUTOMÁTICO, 024598698			
SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	TIPO DE CONSUMO (VEI) MED: HD
KILOMETRO A11U026023	DATA LEIT. ANTERIOR 10/08/2020	DATA LEIT. ATUAL 11/09/2020	
ÁGUA: LEIT ANT: 249 CONSUMO: 1 LEIT ATU: 239 LEIT FAT: 239 LEIT MN PROJ			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT. MS 2-914-CL	ANÁLISES REALIZ. A LEGIS
07/2020 02			
06/2020 00	TURBIDEZ	60	46
05/2020 02	COR APARENTE	60	46
04/2020 02	CLORO RESIDUAL	60	46
03/2020 02	COLIF. TOTAIS	60	46
02/2020 00	CL. COL.	60	46
MÉDIA: 01	Qualidade de Água: www.compesa.com.br		
OBS.: 1) 40% DOS PARÂMETROS TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS 2) DOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESPECIFICAMENTE COL. E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA 3) DOS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
MURTA P/IMPONTOAL 07/2020			0,26
LARIFA CORTADO DEC. 28-25/04 08/2020			13,22
RESUMO DOS VALORES			
	0,00	1,65	1,65
	0,00	7,60	7,60

VENCIMENTO: 25/09/2020 TOTAL A PAGAR: 13,48

INSCRIÇÃO: 145.190.195.0108
TOTAL DE R\$ 13,48 - R\$ 13,48 - R\$ 13,48

COPIA DE CANCELAMENTO	DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE EMISSÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)
00000000000000000000	00/00/00	00/00/00	100,00
BANCO DO BRASIL S/A			
PAGAVEL EM QUALQUER REDE BANCARIA			
00180.00008 03217 476016 27944.872179 4 858900000010095			
PAGADOR(C) / CPF / ENDEREÇO		245 234 444-04	
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERY			
RUA JOAO BATISTA 310			
55750-000 SURUBIM PE			



CNPJ 09.780.035/0001-64
INSC. EST. Nº 15.190.17814298-2

ALIMENTAÇÃO: RUA MARTO ESTANISLAU - NUN. - 00005 - SÃO SEBASTIÃO
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24588091 - Ago/2020	
MARIA DE BRITO AGUIAR			
R MARIA FRANCISCA DA CUNHEIRO, N. 501 - SÍTIO MINHASO SURUBIM PE 55750-000			
INSCRIÇÃO: 145.190.195.0108, RUA GRUPO 16 DEB. AUTOMÁTICO, 024598698			
SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	TIPO DE CONSUMO (VEI) MEDI. HD
KIDOMÉTRICO A11U026023	DATA LEIT. ANTERIOR 10/08/2020	DATA LEIT. ATUAL 11/09/2020	
ÁGUA: LEIT ANT: 249 CONSUMO: 1 LEIT ATU: 239 LEIT FAT: 239 LEIT MN PROJ			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT. MS 2-914-CL	ANÁLISES REALIZ. A LEGIS
07/2020 02			
06/2020 00	TURBIDEZ	60	46
05/2020 02	COR APARENTE	60	46
04/2020 02	CLORO RESIDUAL	60	46
03/2020 02	COLIF. TOTAIS	60	46
02/2020 00	CL. COL.	60	46
MÉDIA: 01	Qualidade de Água: www.compesa.com.br		
OBS.: 1) 40% DOS PARÂMETROS TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS 2) DOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESPECIFICAMENTE COL. E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA 3) DOS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
MURTA P/IMPONIBILIDADE 07/2020			0,26
TARIFA CORTADO DEC. 20 25/09/2020			13,22
RESUMO DE PAGAMENTOS			
	0,00	1,65	1,65
	0,00	7,60	7,60

VENCIMENTO: 25/09/2020 TOTAL A PAGAR: 13,48

RECEBEMOS
IDENTIFICAMOS A VISTA DE PAGAMENTO DE PRELIMINAR
TOTAL DE R\$ 13,48 RECEBIMOS E SEU DOUTO.

COPIA DE CANCELAMENTO	DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE EMISSÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)
00000000000000000000	00/00/00	00/00/00	100,00
BANCO DO BRASIL S/A			
PAGAVEL EM QUALQUER REDE BANCARIA			
00180.00008 03217 476016 27944.872179 4 858900000010095			
PAGADOR(C) / CPF / ENDEREÇO		345 234 444-34	
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERY			
RUA JOAO BATISTA 310			
55750-000 SURUBIM PE			



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MARIO ESTANISLAU - N.º 541 - SITIO MINHO SURUBIM
PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE BRITO AGUIAR

MATRÍCULA: 24598091 Ago/2020

R MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO, N.º 541 - SITIO MINHO SURUBIM

PE 55750-000

INSCRIÇÃO: 14% 1981.55% 8108.0001 GRUPO 10 DEB. AUTOMÁTICO: R. 4598098

SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RENDIMENTO 1	TIPO DE CONSUMO (AEL)
HIDRÔMETRO A111026023	DATA LEIT. ANTERIOR 10/08/2020	DATA LEIT. ATUAL 11/09/2020	TÍPO DE CONSUMO (AEL) MEDIDA HO

ÁGUA:

LEIT ANT: 249 CONSUMO: 1

LEIT ATU: 239

LEIT FAT: 239 LEIT M. PROJ

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

		PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
07/2020	02	TURBIDEZ	60	46	46
06/2020	00	COR APARENTE	60	46	29
05/2020	02	CORO RESIDUAL	60	46	46
04/2020	02	COLIF. TOTAIS	60	46	46
03/2020	02	E. COLI	60	46	46
02/2020	00		60	46	46

MEDIA: 01

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIF. TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO

RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA

(3) OS PARÂMETROS TURBIDEZ E COR APARENTE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES

ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2020

0,26

TARIFA CORTADO DEC. 18 251/94 08/2020

13,22

TARIFAS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
ÁGUA	0,00	1,65	0,00
ESGOTO	0,00	7,60	0,00

VENCIMENTO: 25/09/2020

TOTAL A PAGAR: 13,48

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 40 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 1181,11. REGULARIZE SEU DÉBITO.

Nº Documento: 20210924488721

Escritório: SURUBIM

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nº Contrato: 5726471

DATA DE EMISSÃO

02448872.1

09/2021-5

R. JOAO BATISTA, N. 00370 - CENTRO SURUBIM PE 55750-000

INSCRIÇÃO: 145.730.350.1500.000

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 02448872.1

DESCRIÇÃO

ANEXO XX DA PORT.

LIGADO	POTENCIAL	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE FATORIAL	CONDIÇÃO	CONDIÇÃO
Y10N045766	27/08/2021	27/09/2021	1	REAL /	

ÁGUA

LEIT. ANT.: 156

CONSUMO: 2

LEIT. ATUAL: 156

LEIT. FAT.: 156

HD PARADO

ESGOTO

LEIT. ANT.: 0

LEIT. ATUAL:

LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

08/2021 2/

07/2021 2/

06/2021 2/

05/2021 2/

04/2021 1/

03/2021 2/

MÉDIA 1/ 0



PARÂMETROS

TURBIDEZ
 COM APARENTE
 CLORO RESIDUAL
 COLIFORMES TOTAIS
 E. Coli

EXIG. ANEXO XX DA PORT.
 CONS. MS 05/17

60

60

60

60

60

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES

REALIZADAS

ATENDEM A

LEGISLAÇÃO

60

60

60

60

60

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ATENDEM EM 94 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

2 M3

74,30

FAIXA DE CONSUMO	VALOR DE CÁLCULO	VALOR DE CÁLCULO	VALOR DE CÁLCULO
PIS	74,30	0,65	0,48
COFINS	74,30	3,00	2,23

VALIDADEZ

25/10/2021

TOTAL A PAGAR

74,30

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 06/10/2021

DATA DE EMISSÃO

02448872.1

09/2021-5

VALIDADEZ

25/10/2021

TOTAL A PAGAR

74,30

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/DOCCORRIGINAIS/PTXPTIPO-1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Anderson Vinicius Dionizio dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.070.534/04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Anderson Vinicius Dionizio dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.070.534/04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 10/08/2020


Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/imprensa/visualizar/?circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275909290>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDESinscrito (a) no CPF/CNPJ 945.234.444, 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioFABIO DA COSTA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 132.251.714, 25do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima FABIO DA COSTA PEREIRAinscrito (a) no CPF sob o nº 132.251.714, 25, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA JOÃO BATISTA</u>	Número:	<u>340</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>SURUBIM</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u></u>			CEP:	<u>55750-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>81 9 9700.1998</u>

Local e Data: SURUBIM, 22/06/2021Adriana M. Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.bcb.gov.br/estabilidadefinanc/legis/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275909290>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDESinscrito (a) no CPF/CNPJ 945.234.444, 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioFABIO DA COSTA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.251.714, 25do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima FABIO DA COSTA PEREIRAinscrito (a) no CPF sob o Nº 132.251.714, 25, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA JOÃO BATISTA</u>	Número:	<u>340</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>SURUBIM</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u></u>			CEP:	<u>55750-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>81 9 9700.1998</u>

Local e Data: SURUBIM, 22/06/2021Adriana M. Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 945.234.444, 104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIO DA COSTA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.251.714, 25

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima FABIO DA COSTA PEREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.251.714, 25, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA JOÃO BATISTA</u>	Número: <u>370</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>SURUBIM</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55750-000</u>	Tel.(DDD): <u>81.9 9700.1998</u>

Local e Data: SURUBIM, 22/05/2022

Adriana M. Moura de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 316296 Atd: Nao Regula
Data: 04/05/2020
Hora: 11:33:02
Recepcionista: MARIA JOSE DE ALCANTA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 064.070.534-04 Num. Prontuario: 2020.05.000212
CNS: 209869797450006 Sexo: M IDENTIDADE: 3076998 Fone: 987034209
Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 15/05/1985 Id: 35 ano(s)

End.: RUA PROJETADA,0

Bairro: CENTRO Cidade: CONDE UF: PB

Mae: VERA LUCIA GOMES DIONIZIO

Pai: MARCONI ALVES DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECCES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA/FATIMA

Td. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

QUEIXA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de queda de moto, nega trauma na cabeça
nem cervicologia; nega trauma em torax e abdome; melato
dom um punho esquerdo. MSD e MMII sem alteracoes, nega
alteracoes. AO Exame: EM PEB, Normocorada, euforico, a.a.a. e a.t.
Diagnostico Conduta

Prescrição

- 1- Radiografia de punho E,
- 2- D. pirox 1 amp + AD, EV,
- 3- Alta da Cirurgia Geral.
- 4- Ao cuidado da Ortopedia

Horario da medicacao

Dr. Eduardo D. da Paiva
Médico
CRM: PB 12.009

João
CORL
CNS: 17.10.10.10.10

[illegible]

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

Assinatura e Carimbo do Médico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Anderson Vinícius D'Amorim</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Cássio</i>			1º Assistente: <i>M.R.S. David</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Mathem</i>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fx. lux. fratura escápula esquerda</i>					<i>S62</i>
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Osteíte</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Fixação externa</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH, Sob anestesia, limpeza, anti-séptico, posição de Campos cirúrgicos.

Incisão:

Achados:

Fratura/Luxação glóscapular similar.

Conduta:

Redução sob escápula, fixação percutânea com F.K 2.0.

Fechamento:

Limpeza e Curativo

OBS:

Aguarda aguardando Abordagem pela equipe de Noe

Data: 04/05/20

David Pierre L. Mendes
Médico
CRM-RN 6547

MÉDICO/CRM

Nome: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS				Registro: 2020050212	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
			<i>Traumatologia</i>		
Data: 20/05/2020			Cirurgião: LUÍS FILIPE LESSA		
1º Assistente: FLAVIO LOYOLA			2º Assistente: ALEXANDRE GALVÃO		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura luxação volar = rádio carpal</i>					<i>S630</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução cruenta + fixação com fios K + osteossíntese de rádio com placa de minimicrofragmentos</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Redução de luxação radiocarpal volar**Fixação percutânea com 01 fio k 2,0 sob fluoroscopia**Verificado redução sob fluoroscopia**Incisão volar em punho esquerdo**Osteossintese de rádio distal com placa minimicrofragmentos 2.7 + 04 parafusos corticais**Limpeza com SF 0,9%**Sutura por planos com vycril 2.0 + pele com nylon 3.0**Curativo**Tala luva.***Achados:****Conduta:****Fechamento:****OBS:**Data: 20 / 05 / 2020

Dr. Luis Felipe Lessa
Traumatologia / Ortopedia
Cirurgia da Mão
CRM-18776-PE - 2809-14328-SHC

MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Anderson Vinícius D. dos Santos Data da Admissão: 04/05/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: Dor em punho (D)

HDA: Lesão e deformidade em punho (D)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx

Hipóteses Diagnósticas: Fratura por compressão sem lesão.

Fratura do corpo do corpo.

Conduta: Interno p/ cirurgia.

Dr. Luciano.

Luciano
RUA N. 9940

Nome: ANDERSON VINICIUS DIONIZIO DOS SANTOS

Registro: 2020050212

IDADE:

SEXO: MASC

COR:

CLÍNICA Ortopedia

EPH:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO:

04/05/2020

DATA DE ALTA:

20/05/2020

TEMPO DE PERMANÊNCIA:

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura luxação de punho

CID:

S52

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

HISTÓRICO DE DOENÇAS

osteossíntese de rádio com miniplaca e parafusos + fio k

TERAPIA FARMACOLÓGICA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

CONDIÇÕES DE ALTA

☒ MELHORADO☐ REMOVIDO☐ A PEDIDO☐ CURADO

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

- história evolutiva, exames, complicações

Paciente portadora de fratura de fratura luxação de punho foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese com miniplaca e parafusos. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pela(o) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc.

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retornar atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retornar às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos químicos no local. Se a ferida ficar vermelha, com "bolinhas" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

20/05/2020

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

**PREFEITURA DE
SURUBIM**

Cuidando da Nossa Gente
Secretaria de Saúde do Surubim



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr. Gentil Augusto de Miranda

- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Fábio da Costa Pereira**, nascido no dia 04/09/1996, filho da Sra. **Marinalva Gomes da Costa**. Residente no sítio Furnas / Lagoa da Vaca- nesta Cidade. Solicitou no dia 14/06/2021 cópia do seu prontuário de atendimento.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 26/03/2020 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM-PE: 28.576.

Surubim, 14 de junho de 2021.

Ionara Soares de Andrade Silva
SABE - MAT. 910463

Tristeza, rotina de acidente de trânsito
há 1 dia, rotina a umidade para
muito Ra de faca : Com presença
de fatura nascer de alimbede.

CS: solistainha com alguns
de higiene Para H. R. d. Juvem
Poder paciente age - x

ss: Fôlode coste d'vanc

Dr. Jéssica Evelyn
Médica
CRM-FE 23.189



RECEITUÁRIO

Nome: Fabio da Costa Pereira

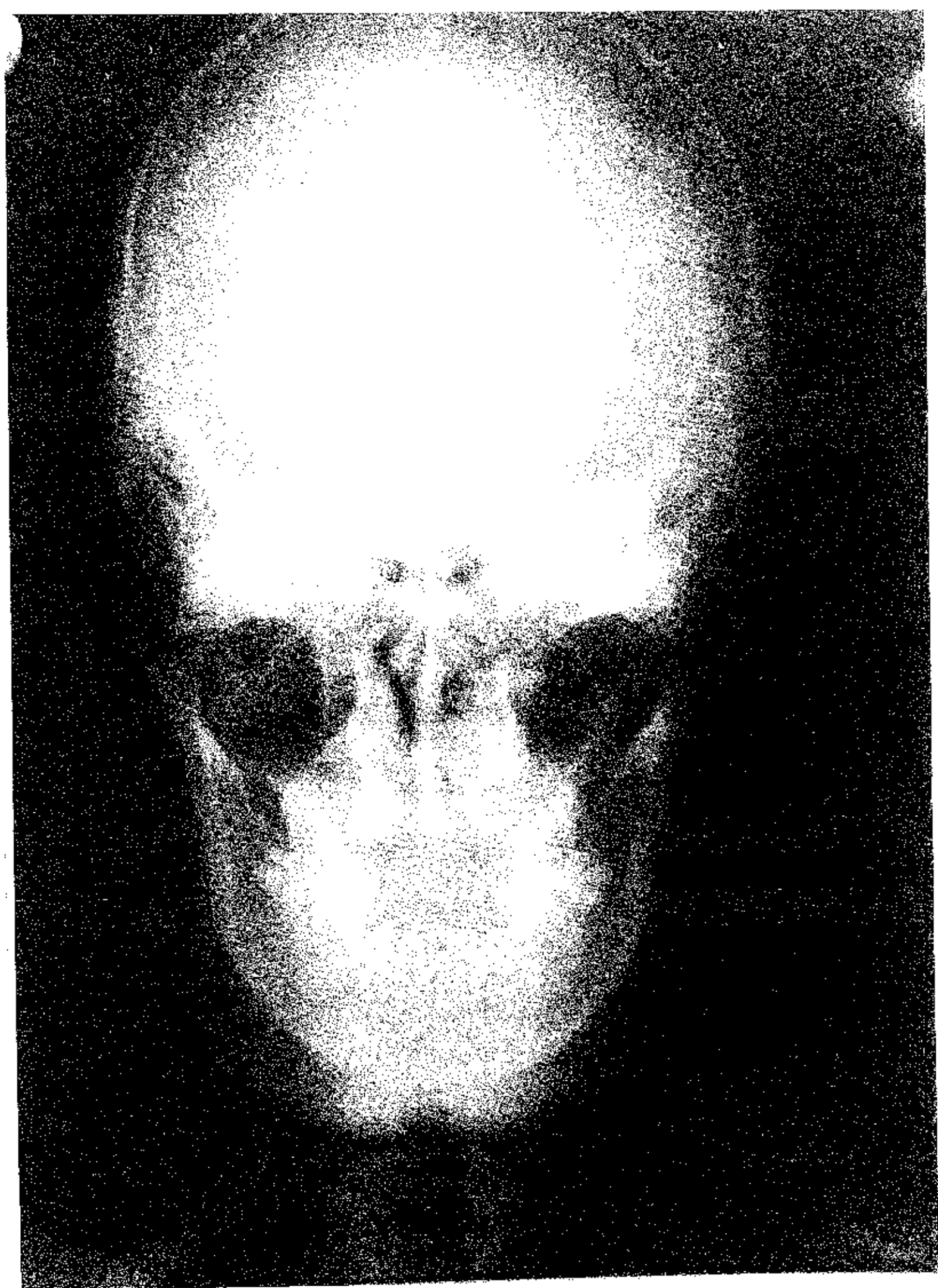
Ac ortopedista

Paciente vítima de acidente de
moto, 23 anos, apresentando fratura
de osso nasal desviada. Nega -
a ver a lesão. Solicito avaliação
do caso.

Data: 25 / 03 / 2020

Luiz A. Evelyn
CRM 12.131

Médico





**PREFEITURA DE
SURUBIM**

Cuidando da Nossa Gente
Secretaria de Saúde do Surubim



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr. Gentil Augusto de Miranda

- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Fábio da Costa Pereira**, nascido no dia 04/09/1996, filho da Sra. **Marinalva Gomes da Costa**. Residente no sítio Furnas / Lagoa da Vaca- nesta Cidade. Solicitou no dia 14/06/2021 cópia do seu prontuário de atendimento.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 26/03/2020 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM-PE: 28.576.

Surubim, 14 de junho de 2021.

Ionara Soares de Andrade Silva
SABE - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00118617

Matrícula: 57883 CNS: Idade: 23 Anos 6 Meses 22 Dias Sexo: MASCULINO
Nome: FÁBIO DA COSTA PEREIRA Nascimento: 04/09/1996 Est. Civil: SOLTEIRO(A)
Endereço: SETO FURNAS Nº: Bairro: ZONA RURAL CEP: 55750000
Cidade: SIRUBIM Nacionalidade: BRASILEIRA Doc nº: 9968589
Responsável: Tel.: 81 81191987

Principais Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

5/03/2020 20:33 118617 ACIDENTE

Re-consulta: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Acidente de moto:
ABSC de do Tronco.
Fratura no osso costal.
Então no Superolho
Direito.

TRATAMENTO:

- ① ABCDE do Tronco
- ② Limpeza + Sutura do Lado
- ③ Ultrassom
- ④ A US-guida
- ⑤ Wound Jet + Apr. I.m.

José Roberto F. de Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-PE - 83125

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

- ⑥ Dito e Fratura 1 Apr. I.m.

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

OBJETO:

de h m do dia

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 26/03/2020 20:33:24

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS

☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO	☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA		MÉDICO: HUGO SALES DE ALMEIDA CRM-PE 25576
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Tristeza, rotina de acidente de trânsito
há 1 dia, rotina a umidade para
muito Ra de faca : Com presença
de fôrta nasas de alimbede.

CS: solente fôrta no alto puer
de Myzini Para H. R. d. Jucen
Potem paciente myz - x

ss: Fôlode coisê d'vôic

Dr. Jussá Evelyn
Médico
CRM-FE 23.189



RECEITUÁRIO

Nome: Fabio da Costa Pereira

Ac ortopedista

Paciente vítima de acidente de
moto, 23 anos, apresentando fratura
de osso nasal desviada. Nega - se
a ver a lesão. Solicito avaliação
do caso.

Data: 25 / 03 / 2020.

Luiz A. Evelyn
CRM 12.131

Médico



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Fábio da Costa Pereira**, nascido no dia 04/09/1996, filho da Sra. **Marinalva Gomes da Costa**. Residente no sítio Furnas / Lagoa da Vaca— nesta Cidade. Solicitou no dia 14/06/2021 cópia do seu prontuário de atendimento.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de **Miranda** no dia 26/03/2020 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM-PE: 28.576.

Surubim, 14 de junho de 2021.

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00118617

Identificador: 57883

CNS:

Idade: 23 Anos 6 Meses 22 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: FÁBIO DA COSTA PEREIRA

Nascimento: 04/09/1996

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End.: SÍTIO FURNAS

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Cidade: SURUBIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 9968589

Nome: MARINALVA GOMES DA SOTA

Pai:

Tel.: 81 81191987

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

26/03/2020 20:33 118617 ACIDENTE

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Acidente de moto:

Acidente de moto.

Faturo e não resol.

Ente e Superado
Divers.

TRATAMENTO:

① ABCDE do Trauma
② Limpeza + Sutura da
Lado

③ Ultrassom

④ A US para

⑤ Ultrassom para I.M.

José Augusto F. de Lima
Rec. em Emergência
CRM-PE-83155

Feito em 21/03/20

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

⑥ Dito e Trauma 1 Ar. I.M.

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 26/03/2020 20:33:24

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS

Paciente vítima de acidente de trânsito
há 1 dia, retorna a unidade para
motivo Ra de febre. Com presença
de febre nascer de alívio.

CS: soluto. Sobre ao alívio
de dor. Para H. R. de 100 bpm.
Paciente apresenta dor - x.

Ass: Fôlego com dor

Carissa Evelyn
Médica
CRM-PE 23.189



RECEITUÁRIO

Nome: Fábio da Costa Pereira

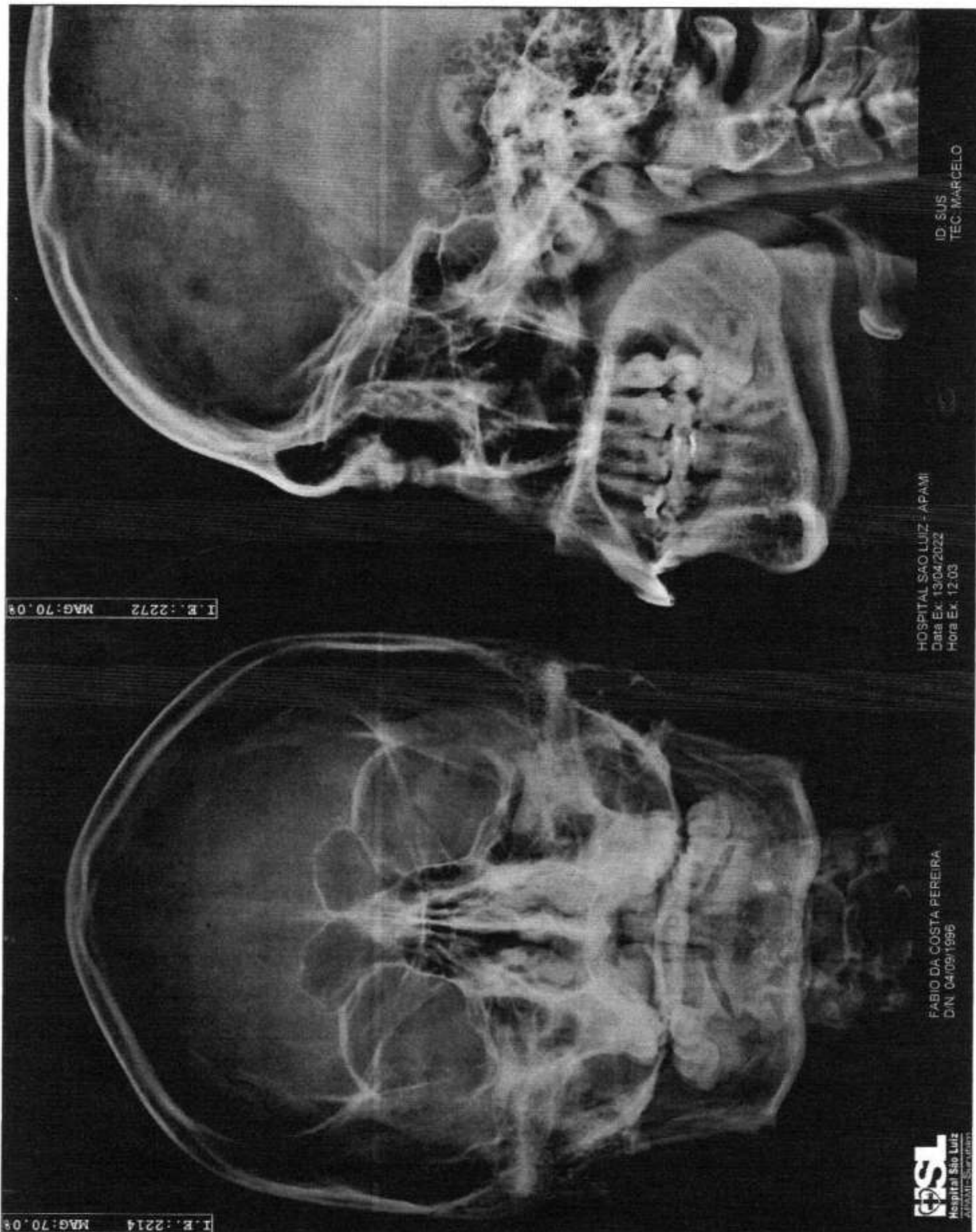
Ao ortopedista

Paciente vítima de acidente de
moto, 23 anos, apresentando fratura
de osso nasal desviada. Nega-se
a ver a vítima. Solicito avaliação
do caso.

Data: 26 / 03 / 2020.

Larissa Evelyn
Médica
CRMPE 23.189

Médico



ID: SUS
TEC: MARCELO

HOSPITAL SÃO LUIZ - APAM
Data Ex: 13/04/2022
Hora Ex: 12.03

FABIO DA COSTA PEREIRA
D.N. 04/09/1996

SL
Hospital São Luiz
APAM - São Paulo

DESUIO NO NARY POR FAVOR
MARQUE UMA PERICIA PARA
VERIFICAR A SEQUELA.



RECEITUÁRIO

Nome: Fábio da Costa Pereira

Ac ortopedista

Paciente vítima de acidente de
motor, 23 anos, apresentando fratura
de osso nasal, desviada. No momento
a via a UPA. Colocar o atelo
do caso.

Data: 26 / 03 / 2020.

Larissa Evelyn
CRM 228.183

Médico