

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vieta, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0007943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA CONCEIÇÃO
MCID041P02

CPF 015.110.204-55 NIS 16471367253

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BRASIL 149 AP-002 CONJUNTO
RESIDENCIAL DOM HELDO - JARDIM
BL-07
MATINHÃ/ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53500-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
019014541	1	06/06/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/06/2018	2011880112	5514020

CÓDIGO CONTRATO	MÉTODO
7009647788	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÍVEL PROXIMA LIMITE
22/06/2018	06/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	98.73

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo até 30 kWh	30.00000000	0.249999158	7,49
Consumo Abaixo - superior a 30 até 100 kWh	70.00000000	0.42936554	29,96
Consumo Abaixo superior a 100 até 220 kWh	61.00000000	0.64257631	39,19
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,16
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,77
Contribuição Iluminação Pública			18,14

TOTAL DA FATURA

98.73

DEMONSTRATING OF CONCRETE TESTS BY A VIDEO

Nº DO MÉDICO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DMS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO BOM
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
21223411	CA7	08/05/2018	+ 634,30	07/01/18	+ 907,30	30	1,0000	-2,00	181,50

Wavelengths in nm

Month	Millions of people
MAR18	141
APR18	120
MAY18	102
JUN18	100
JUL17	107
NOV17	144
OCT17	173
SEP17	164
AUG17	180
JUL17	153
APR17	186

© 2007 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 261: 105–114

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR SUPLENTE
ICMS	79,58	25,00	
PIS	79,58	0,76	
COFINS	79,58	3,08	

(continued)

	RS	20,75	20,12%
Levi	RS	3,81	4,41%
Bo (Colgate)	RS	91,30	20,58%
Energia	RS	9,15	8,47%
Batistato	RS	2,36	2,30%
	RS	23,42	20,42%
	RS	99,68	

THESE RESULTS ARE

<p> <input type="checkbox"/> Conto Abito alla 30 anni <input type="checkbox"/> Conto Abito Superiore a 30 anni 100/140h <input type="checkbox"/> Conto Abito Superiore a 140 anni 220/240h </p>	<p> 0,17420000 0,30020000 0,40020000 </p>
---	---

4AEB D25B 310C EAE2 8119 ADB3 87DC F5E4

INFORMACIÓN IMPORTANTE

[illegible][illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ INCLUIRÁ CONTAS EM ANEXO.

Comenzamos a dar pagamos de 100 (ciento) de emergencia y

Venda	Exatidão	Valor	Venda	Exatidão	Valor
1800014	1800010	48,10	1700014	1700010	01,50
1700014	1000114	55,87			

De la parte de la jugosa se obtiene el látex, a través de la cual se extrae el jugo de la planta. Este jugo se utiliza para la elaboración de la pasta de papel, la cual se utiliza para la elaboración de la pasta de papel.

As a leading firm serving the
biotechnology industry, AATF
is a leading provider of
biological products, including
antibodies, enzymes, and
cell lines. We are currently
seeking a sales representative
to join our team.
www.aatf.com

[illegible]

COMPANIES	VALUE ADDED BY COMPANY	LOANS RECEIVED	LOANS DISBURSED	LOANS PAID	TOTAL
ABC	0.00	0.00	0.00	0.00	
DEF	0.00	0.00	0.00	0.00	
GHI	0.00	0.00	0.00	0.00	

Lendo EXPR: 0,000 ELSD - Valor do Efeito direto da União do Sistema de Distribuição - R\$ 22,46

REVISTA DE TEORIA E PRÁTICA

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (N)	
	antes	depois
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7003847788	06/2018	22/06/2018	98,73

838900000005 987300110076 009647788105 205001315238



eu,

Maria da Conceição

informo que o Hospital da Restauração não quer dar outro prontuário a não ser o mesmo o Hospital Miguel Arraes da mesma forma. Foi enviada toda documentação dos dois Hospitais.

Peço por gentileza que marque uma perícia médica, pois meu filho está com sequelas graves.

grata,

Maria da Conceição

CPF: 015.110.294-55

VÍTIMA: LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA

SINISTRO: 3180374272



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374272 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 15/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
TRAUMA CONTUSO TORÁCICO COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 26/09/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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: 3180374272 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 15/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374272 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 15/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374272 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 15/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
TRAUMA CONTUSO TORÁCICO COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA. E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA

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

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA CONCEICAO**

Nº Sinistro: **3180374272**

Vitima: **LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **15/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180374272**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13250709



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DA CONCEICAO
Nº Sinistro: 3180374272
Vitima: LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA
Data do Acidente: 15/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180374272**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13260978



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: **MARIA DA CONCEICAO**

Nº Sinistro: **3180374272**
LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA

Data do Acidente: **15/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180374272**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14000147



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: **MARIA DA CONCEICAO**

Nº Sinistro: **3180374272**
LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA

Data do Acidente: **15/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180374272**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14000147



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180374272

Vítima: LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 15/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180374272

Vítima: LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 15/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 705.788.614-45	Nome completo da vítima LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA DA CONCEIÇÃO		CPF titular da conta 015.110.294-55	Profissão
Endereço AV. BRASIL		Número 149	Complemento
Bairro MATINHA	Cidade ABREV E LIMA	Estado PE	CEP 53.500-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> ITAÚ 341	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

EXCELSIOR SEGUROS
14 AGO 2018
SEGURADORA LÍDER

ABREV E LIMA, 10 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Maria da Conceição
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



190

14:00 horas
25/05/2018
André
Enxerto

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA -
DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0117001212**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2018** às
08:51

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **15/5/2018** às **17:20**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1** - Bairro:
CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR / AGENTE)
EVERALDO LOPES DA SILVA (NOTICIANTE)
JOSE SANTOS DA SILVA (SUSPEITO)
L.V.L.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

EVERALDO LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
LENORA LOPES DA SILVA Pai: **MANOEL DÍNGOS DA SILVA** Data de Nascimento: **1/4/1972**
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **CONJUNTO HABITACIONAL DOM HELDER CÂMARA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 02, BLOCO 7, APTO 02 - CEP: 0 - Bairro: MATINHA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

L.V.L.D.S. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: **EVERALDO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **30/4/2004**
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **CONJUNTO HABITACIONAL DOM HELDER CÂMARA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 02, BLOC 7, APTO 02 - CEP: 0 - Bairro: MATINHA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSPEITO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSPEITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KJZ2046** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **980761837** Chassi: **9C2JC38708R693088**

Descrição: **HONDA/CG 125 FAN**

Complemento / Observação

EVERALDO LOPES DA SILVA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR O ATROPELAMENTO DE SEU FILHO, LUCAS VICTOR LOPES DA SILVA, MENOR DE IDADE, RELATANDO QUE AVÍTIMA ESTAVA VINDO DA ESCOLA ESTADUAL ONDE ESTUDA, QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DUQUE DE CAIXIAS, EM FRENTE A FARMÁCIA MATINHA, QUANDO UMA MOTOCICLETA EM ALTA VELOCIDADE E PILOTADA POR CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, COLIDIU COM O CORPO DA VÍTIMA, RESULTANDO EM GRAVES FERIMENTOS GENERALIZADOS, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DE ABREU E LIMA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE PERMANECE INTERNADO SEM PREVISÃO DE ALTA E SERÁ TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO OUTRA CIRURGIA, SEGUNDO RELATO DO NOTIFICANTE, ELE ESTÁ COM TRAUMATISMO CRANIANO, FRATURA EXPOSTA NO FEMUR DIREITO E COSTELAS FRATURADAS DEVIDO A VIOLÊNCIA DO ATROPELAMENTO. É O RELATO DO NOTIFICANTE

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

**EVERALDO LOPES DA SILVA
(NOTIFICANTE)**

Everaldo Lopes da Silva

B.O. registrado por: **JOÃO MARCOS ARRUDA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **152463-1**

João Marcos Arruda de Oliveira



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Lucas Victor Lopes da Silva

CPF da Vítima

705.738.614-95

Data do Acidente

15-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Maria da Conceição

CPF do Representante legal

015.110.294-55

Email

Telefone (DDD)

81.98680.5660

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ABREVILHA 10 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x Maria da Conceição

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA DE
ABREU E LIMA



**SAMU
192**

SECRETARIA DE SAÚDE SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Abreu e Lima, 11 de junho de 2018

Declaramos que baseada na ficha de ocorrência N° 477349 do dia 15 de maio de 2018, Lucas Vitor Lopes da Silva portador dos documentos RG N° 9.768.013, CPF: N° 705.788.614-45, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU Abreu e Lima, por volta das 17:30 horas, vítima de atropelamento por moto na BR: 101 Av: Brasil, conjunto Dom Helder Câmara no bairro da Matinha no município da cidade de Abreu e Lima, sendo em seguida removido para o Hospital Miguel Arraes.

Alice Maria Jorge Amaro
Coordenadora SAMU - Abreu e Lima
COREN: 383594

Alice Maria Jorge Amaro
Coordenadora SAMU Abreu e Lima
Coren: 383594



Av Duque de Caxias, 924, Centro. Abreu e Lima- PE. CEP: 53580-020

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA CONCEICAO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07474

CONTA: 000000027035-7

Autenticação:

A026A7743562A607A016DDD731898DB291087CC00AA57F99DB63BE18C78AD8AA