

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:	JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO		6 - CPF:	144.666.334-52
7 - Profissão:	8 - Endereço:	SITIO LAGOA ESCONDIDA	9 - Número:	30
AJUDANTE DE PADEIRO			10 - Complemento:	CASP
11 - Bairro:	12 - Cidade:	VERTENTE DO LÉRIO	13 - Estado:	PE
ZONA RURAL			14 - CEP:	55760-000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):	81-99300-1998

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0835
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> 024270
(Informar o dígito se existir)	(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 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBI, 18/03/2020

João Nivaldo Lima do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ficha-Proposta de Abertura de Conta de Depósito “Pessoa Física” Correspondente no País

Cód. Ag.	Dig.	Razão	Nº Conta	Dig.	Tipo	00 - Pessoa Física 21 a 29 - Conjunta E	11 a 19 - Conjunta E/OU
0835	4	07-05	024270	5	00		
CPF/MF	Contr.	Nome Completo (Sem Abreviações)					
144.666.334	52	JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO					
PACB	Nome do Correspondente no País						
181	Orion Integração de Negócios e Tecnologia LTDA						
Capacidade Civil	<input type="checkbox"/> Capacidade Civil Plena		<input checked="" type="checkbox"/> Movimentação				
<input type="checkbox"/> Capacidade Civil Relativa	<input type="checkbox"/> Incapacidade Civil Absoluta		<input checked="" type="checkbox"/> Isolada		<input type="checkbox"/> Conjunta		<input type="checkbox"/> Por Procuração
Nome Legível do Representante/Responsável Legal/Procurador						CPF/MF	Contr.

Assinatura (assinar duas vezes)

Informações de:		<input checked="" type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Representante/Responsável Legal/Procurador					
Dados Pessoais								
Data Nascimento 10/07/2000	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Tipos Doc. Ident. Carteira Nacional de Habilitação	Nº Documento 07183750481			Órg. Emissor DETRAN		
UF Org. Emissor PE	País Emissor BRASIL	Data de Emissão 19/12/2019	Data Venc. Doc. 23/07/2023	Nacionalidade BRASILEIRO				
UF Nascimento PE	Município Nascimento SURUBIM	Possui residência fiscal, nacionalidade ou visto permanente em outro país? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Preencher Mod. 4820-011E Infom. Fiscais Abert. de Conta PF						
Nome da Mãe MARIA LIMA DO NASCIMENTO								
Nome do Pai EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO								
Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado c/ Com.Un.Bens <input type="checkbox"/> Casado c/ Com.Parc.Bens <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Casado Separação Bens <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente								
CPF/MF do Esposo(a)/Convivente		Contr.	Nome do Esposo(a)/Convivente					
Dados de Contato				CEP / Zip Code 55760-000	Caixa-Postal			
Tipo do Endereço RÉSIDENCIAL				Número 30	Complemento CASA			
Endereço SITIO LAGOA ESCONDIDA								
Bairro ZONA RURAL	Município Vertente do Léri	UF PE	Type de Residência <input type="checkbox"/> Própria <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alugada	Reside Desde 10/07/2000				
DDD 81	Telefone NÃO POSSUI	Ramal	Contato	DDD 81	Celular 982334218			
Autoriza Envio de SMS <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Autoriza Envio de E-Mail <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
Dados Profissionais								
Categoria Profissional <input type="checkbox"/> Assalariado <input type="checkbox"/> Profissional Liberal <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Empresário <input type="checkbox"/> Do Lar <input type="checkbox"/> Nunca Trabalhou <input checked="" type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Produtor Rural <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Empregado <input type="checkbox"/> Estagiário								
CNPJ da Empresa	Filial	Contr.	Nome da Empresa					
Profissão / Ocupação 224-OUTROS TRABALHADORES DE SERVICOS DIVERSOS				Data de Admissão 05/09/2019		Atividade Desde 05/09/2019		
Cargo AJUDANTE DE PADEIRO				Valor da Renda 1,049.00	Periodicidade da Renda MENSAL	Comprovou Renda <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Possui Outras Rendas <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Origem Outras Rendas <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			Possui Despesas Fixas <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Valor Outras Rendas								
Origem Despesas Fixas		Valor das Despesas Fixas						

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074293/20

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 144.666.334-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO : 144.666.334-52

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: 28/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): 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: 32 000 931 25

Data da solicitação: 26/03/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: José Nivaldo Lima do NASCIMENTO

CPF do beneficiário: 144.666.334-52

Nome do solicitante: MENGO

CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9 9700-4918

Tel. Comercial: (_____) _____._____

Tel. Residencial: (_____) _____._____

E-mail: mengo

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

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE

NÃO

SIM, informe qual(is) documento(s) estou sendo entregue(s):

- Novos documentos médicos
- Laudo da IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: DOCUMENTOS DE JMA GEM
[DESCRIVER]

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

Sorocaba, 26/03/2020
Local e Data
Mr Jardim Nivaldo Lima do NASCIMENTO
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

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 do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

Em caso de beneficiário/vítima não alfabetizado, deve-se escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200093125 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6/7/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AJUDANTE DE PADEIRO
IDENTIDADE: 10.276.556 SDS/PE CPF: 144.666.334-52
DATA DO ACIDENTE: 25/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
ENDEREÇO: SITIO LAGOA ESCONDIDA, ZONA RURAL – VERTENTE DO LÉRIO – PE

OUTORGADO

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

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

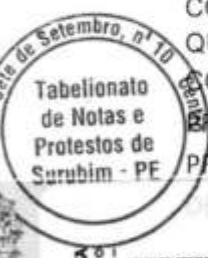
SURUBIM- PE 30 DE JANEIRO 2020

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Jose Nivaldo Lima do nascimento



Reconhecido por AUTENTICIDADE • firmado(a) de: JOSE NIVALDO LIMA
DO NASCIMENTO Dou fe. Surubim, 30/01/2020 Em Testemunho
da Verdade, Credêza Maria Silva de Lima -
Tabelião PÚBLICO, Válido Somente como Selo de
Autenticidade R\$ 5,00.
Data: 0073214-C920200001.022844 30/01/2020 08:39:13
Assinatura:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074293/20

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 144.666.334-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO : 144.666.334-52

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: 28/02/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074293/20

Número do Sinistro: 3200093125

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 144.666.334-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 27/03/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093125

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093125

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200093125 Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 00000024270-5

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, retorno 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

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: 144.666.334-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 144.666.334-52
 7 - Profissão: AJUDANTE DE PADEIRO 8 - Endereço: SITIO LAGOA ESCONDIDA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: FONZA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO LÉRIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 41556 1 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim País/avós vivos? 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Inscreva o dígito do ultimo ou penultimo número informado	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 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
		39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *SUANBIM, 30 JANEIRO 2020*

X Jose nivaldo lima do nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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. **20E0206000257**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/01/2020 às 10:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/11/2019 às 02:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO PILÕES , PRÓXIMO A FAZENDA DE VAVADA DO POSTO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL / ESTRADA DE TERRAPLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA LIMA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LIMA DO NASCIMENTO** Pai: **EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **10/7/2000** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10276556/SDS/PE (RG), 14466633452 (CPF), 07183750481 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PADEIRO** Telefones Celulares: **- 81982334218**

Residencial: **SÍTIO LAGOA ESCONDIDA - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 01, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MARIA LIMA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NÃO INFORMADO** Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LIMA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX ESD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJG8909** (PERNAMBUCO/VERTENTE DO LERIO) Renavam: **947698418** Chassi: **9C2KC08208R025598**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

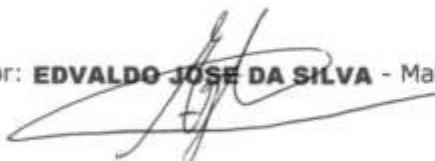
Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU NESTA DEPOL. DE SURUBIM-PE O SRº JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO, INFORMANDO QUE NO DIA 25/11/2019 POR VOLTA DAS 03:30 HORAS PILOTAVA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA POR UMA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM NO SÍTIO PILÕES, MUNICÍPIO DE SURUBIM-PE, QUANDO ESTAVA CONTORNANDO UMA CURVA DEPAROU-SE COM UM VEÍCULO TOYOTA, QUE NÃO FOI IDENTIFICADO, VINDO NO SENTIDO CONTRÁRIO E PELA CONTRA MÃO E PARA NÃO ACONTECER UM ACIDENTE MAIS GRAVE A VÍTIMA TENTOU DESVIAR DO MESMO VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO SOBRE O SOLO, ONDE TEVE FRATURA EXPOSTA NA Perna DIREITA. ADIANTA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA DESTA CIDADE DE SURUBIM-PE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E LOGO APÓS FOI REMOVIDO PARA O HOSTAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

José Nivaldo Lima do nascimento
JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**



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: 144.666.334-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 144.666.334-52
 7 - Profissão: AJUDANTE DE PADEIRO 8 - Endereço: SITIO LAGOA ESCONDIDA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: FONZA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO LÉRIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 41556 1 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim País/avós vivos? 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Inscreva o dígito do ultimo ou penultimo número informado	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 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
		39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *SUANBIM, 30 JANEIRO 2020*

X Jose nivaldo lima do nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/09/2002

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA MÍSTICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.885.802/0001-08 | INRC: Est. 0005843-H3 | www.cepepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 031.305.814-80 NIS: 16377701587

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI LAGOA E ESCONDIDA, 30

ZONA RURAL VERTENTES DO LERIO/RURA
VERTENTE DO LERIO PE
56760-000

NP DA RETA FISCAL	SÉRIE	CHAVEADA
081288321	UNICA	07/01/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	NP DA INSTÂNCIA/DO
076102020	2010717940	2998063

DATA CONTRATO	MES/ANO
7003712510	01/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA HABILITADA PARA LEITURA
14/01/2020	04/02/2020
TODOS A PAGAR (PA)	
	21,07

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	SALDO (R\$)
Consumo-TU/SD até 30 kWh	30.000000	0,10052680	3,01
Consumo-TU/SD superior a 30 até 100 kWh	37.000000	0,17223481	6,37
Consumo-TE até 30 kWh	30.000000	0,08260394	2,71
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	37.000000	0,15657819	5,88
Acréscimo Bandeira AMARELA		0,45	
Contrib. ilum. Pública Municipal		0,19	
Multa por atraso-NF 087388421 - 08/12/19		0,38	
Juros por atraso-NF 087388421 - 09/12/19		0,02	
Atualização IDPM-NF 087388421 - 09/12/19		0,01	

TOTAL OF EATERS

2107

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTÂNTES	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
PRES001	CAT	06/10/018	8.932,00	07/10/018	8.939,00	29	1.56000		87,00

© 1997 TORONTO DAILIES INC.

Marking Web	Value
JAN18	87
FEB18	71
MAR18	83
APR18	63
MAY18	86
JUN18	48
JUL18	52
AUG18	73
SEPT18	98
OCT18	55
NOV18	39
DEC18	80
JAN19	94

INFOGRAPHIC BY THE WALL STREET JOURNAL

	BASE DE CALCULO	%	VALORES IMPORTE
ICMS			
PIS	18,48	3,93	1
COFINS	18,48	4,15	2

Consumo-TU50 ate 30,000m³
Consumo-TU50 superior a 30,000m³
Consumo-TE ate 30,000m³
Consumo-TE superior a 30,000m³

www.wiley.com/go/robinson

	CONSUMO DE ENERGIA	CONSUMO DE GÁS
Consumo de Energia	R\$ 8,51	
Residuo:	R\$ 0,64	
Produção (Colpa)	R\$ 1,73	
Consumo de Energia	R\$ 1,82	
Setor Técnico	R\$ 0,56	
	R\$ 0,92	
	R\$ 18,46	

TARIFAS APLICADAS

423 E 17th St 8113 DOVER ROAD ABQ 8 8346 6512

INFORMAÇÕES IMPORTÂNTES

Para obtener más información,
llame al 1-800-227-1877 o visite
www.fda.gov/cder/obras.

SUPERAÇÃO E PROSPECTIVA DA INVESTIGAÇÃO

CONTO SULAM	VALOR APURADO FOLIO 2018	LIMITE MENSAL	LIMITE PONENCIAL	LIMITE ANUAL
----------------	--------------------------------	------------------	---------------------	-----------------

www.ijerpi.org

TENSÃO NOMINAL (V) LIMITES DE VARIAÇÃO (%)



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.532/0001-08 | Inscrição Estadual: 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SURUBIM

CLASSIFICAÇÃO

SURUBIM PE

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

55750-000

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
091268803	UNICA	07/01/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO SUCURSAL	Nº DA ENTREGA/DE
07/01/2020	2011168088	375308

VERBA/CONTROLE	VALOR
7005749888	01/2020
DATA DE VENCIMENTO	04/02/2020
DATA DE ENTREGA	04/02/2020
	83,80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aéreo(kWh)-TUSD	99,0000000	0,42656162	42,22
Consumo Aéreo(kWh)-TE	99,0000000	0,35075525	35,51
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,88
Contribuição Pública Municipal			5,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 079728697-07/10/18			0,70

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

83,80

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
E37914	CAT	09-12-2019	26-01-2020	26-01-2020	1,00000	0,00	84,00

HISTÓRICO DE CONSUMOS

MÊS ANO	LEITURA
JAN19	26
FEB19	118
MAR19	102
ABR19	108
MAY19	81
JUN19	113
JUL19	113
AGO19	162
SET19	153
OCT19	172
NOV19	188
DEZ19	142
JAN19	133

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
ICMS	79,81	26,00	Geração de Energia R\$ 26,02 32,0%
PIS	79,81	0,80	Transmissão R\$ 2,00 3,0%
COFINS	79,81	0,80	Distribuição (Celpe) R\$ 17,37 21,0%
	79,81	2,00	Perdas de Energia R\$ 0,67 8,0%
			Encargos Sociais R\$ 4,08 5,12%
			Impostos R\$ 20,01 24,2%
			Total R\$ 79,81 100%

DETALHAMENTO DE CONSUMO

AAD2 B1E7 A357 B373 FCC.C B0BB 081A 0542

INFORMAÇÕES REFERENTES

Peço que no ponto mais perto da sua fachada e central ao consumidor Rua Henrique Bento 134 (entre o andar térreo e o térreo) instale a placa com a seguinte frase:
CELESTE, Companhia Energética de Pernambuco S/A, Edifício Henrique Bento 134, 50001-013. O cliente é responsável quando não visar ao cumprimento das regras de consumo estabelecidas no Código de Defesa do Consumidor. Pago em dia é garantido 2% (dois por cento) de desconto na fatura. Caso não seja feita a abatização no valor da fatura, não o Celpe é responsável quando houver cumprimento do prazo estabelecido para o pagamento de débitos de fornecimento de energia elétrica.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica, estabelecidas no Decreto Estadual nº 11.452/01, bem como, em todo o território estadual, os direitos e deveres de consumidor, para consumo, encontra-se contida no site: www.celpe.com.br

DURADA E FREQUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES

CONSULTA	VALOR APURADO	LIMITE MÍNIMAL	LIMITE MÍXIMO	LIMITE MÁXIMO	PERÍODO NOMINAL (M)	PERÍODO DE VARIAÇÃO (M)
SURUBIM	0,00	0,00	11,10	20,20	220	202
REC	0,00	1,38	8,72	13,45		
DMC	0,00	3,20	0,00	0,00		

Linha-DOR 12,02 - BRL/USD - Valor da Entrega do Usuário do Sistema de Distribuição = R\$ 29,00

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Maria M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Nivaldo Reima do nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.666.334 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Nivaldo Reima do nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.666.334 / 52, 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 Lider-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	Rua João Batista	Número	370	Complemento	casa
Bairro	Centro	Cidade	Surubim	Estado	PE
Email	~~~~~	Telefone comercial(DDD)	81-99700-1998	Telefone celular (DDD)	81-98129-8619

Surubim, 30 de Janeiro de 2020
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes,

Assinatura do Declarante

- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Nivaldo Lima do Nascimento, nascido no dia 10/07/2000, filho da Sra. Maria Lima do Nascimento e do Sr. Edivaldo Santos do Nascimento. Residente no sítio Lagoa Escondida na Cidade de Vertente do Lério - PE. Solicitou no dia 06/12/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 25/11/2019 pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM – 23472 e Transferido para o (HRA) Hospital Regional do Agreste em Caruaru – PE.

Surubim, 06 de dezembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva

SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA:	00100309
Identificação:	54815	CNS:	Idade: 19 Anos 4 Meses 15 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome:	JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO	Nº:	Nascimento: 10/07/2000	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
End.: LAGOA ESCONDIDA			Bairro: ZONA RURAL	CEP:
Idade: VERTENTE DO LÉRIO			Nac.: BRASILEIRA	Doc nº: 44.666.334-52
Mae: MARIA LIMA DO NASCIMENTO			Pai: EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO	
Profissão:			Responsável:	Tel.:

Últimas Ocorrências:

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

25/11/2019 03:38 100309

Respiração e dispneia

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

PACIENTE VITIMA
DR AGONIZANTE MORTIC
CLÍNICO MÍD 20m -
Grau Grau um MED
Pior do abdômen
5823634

TRATAMENTO:

- Rx OR Ponto pinha
- Ceto Profuso 1g Bay

*Dr. Mário Júnior
Clínico Geral
CRM-PE 23472*

XAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

OBJETIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA INTERNADO

<input type="checkbox"/>	CURATIVO	<input type="checkbox"/>	BÁSICO	<input type="checkbox"/>	ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/>	NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>	RETIRADA DE PONTO			

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

HORA SÁIDA:

HORA SÁIDA:

DATA: 25/11/2019 03:38:26

<input type="checkbox"/>	CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: URGÊNCIA BÁSICA <input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/>	OBS. BÁSICA <input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA	HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIRA PAULA



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:	1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local			
Nome do Paciente:	Município:			
Sôcrates Lima Nascimento / _____ data de Nascimento: 00/00/00				
Quadro Clínico: <i>Paciente com lesão óssea no membro inferior esquerdo. Fratura aberta em pinna direita.</i>				
HD: Fratura aberta em pinna direita				
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM:	DATA:		
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN:	DATA:		
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino: Motivo (Registro Detalhado): _____ _____ _____	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Assinatura do (a) médico (a): _____	CRM:	23472	
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino: Motivo (Registro Detalhado): _____ _____	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Assinatura do (a) médico (a): _____	CRM:		
Assinatura do Responsável				
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem			COREN:	
Assinatura do Motorista			Placa da Ambulância:	



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **José Nivaldo Lima do Nascimento**, esteve Interno nesta unidade de saúde no dia **25/11/2019 a 12/12/2019**, com Registro Hospitalar: **349661**

OBS: Vítima de Acidente de trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 02 de Janeiro 2020

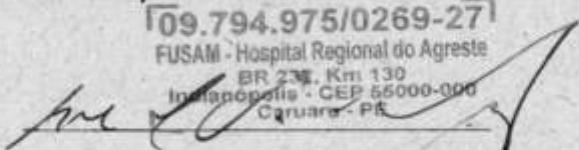
09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 232, Km 130

Indianópolis - CEP 56000-000

Caruaru - PE


setor de Arquivo (same)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste	Nº Registro:
paciente: JOSE INACIO DO LIMA DO NASCIMENTO	Nº de leito:
Clinica: CANTOR ERICK E TRAUMATOLOGIA	
OPERADOR: DR ALEXANDRE REGO FILHO CRM-PE 20829 // EPI 11902	
PRIMEIRO ASSISTENTE:	SEGUNDO ASSISTENTE:
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA:
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DURADA:	
DATA DA OPERAÇÃO: seg, 25 de novembro de 2019	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: FRATURA EXPUESTA DA TIBIA DIREITA - FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL PSILATERAL	
DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO: FRATURA EXPUESTA DA TIBIA DIREITA - FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL PSILATERAL	
OPERAÇÃO PROPOSTA: LIMPEZA + DESBRUAMENTO PARA: FRATURA (EXPUESTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL PSILATERAL	
OPERAÇÃO REALIZADA: LIMPEZA + DESBRUAMENTO PARA: FRATURA (EXPUESTA) DA TIBIA DIREITA - FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL PSILATERAL	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO: PACIENTE EM DOD: ASSEPSIA E ANTISEPSIA; APOIO AO CAMPUS ESTERELIS; REALIZADO AMPLIACAO DO FERIMENTO; DESBRUAMENTO E LIMPEZA, SUTURA E CIRATIVO	
NÃO FOI REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA EM DECORRÊNCIA A FALTA DE MATERIAL CIRURGICO	
DATA: seg, 25 de novembro de 2019	ASSINATURA: DR ALEXANDRE REGO FILHO CRM-PE 20829 // EPI 11902

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO (DESCRÍÇÃO CIRURGICA)

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: JOSE MIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Nº Registro:

Clinical: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

OPERADOR: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TECR 14909

PRIMEIRO ASSISTENTE:

SEGUNDO ASSISTENTE:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: ter, 10 de dezembro de 2019

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

OPERAÇÃO PROPOSTA: FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS PARA FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA: FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS PARA FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO:

PACIENTE EM BOA ASSEPSIA E ANTISSEPSIA. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERELIS. INCISÃO EM TOPOGRAFIA ANTEROLATERAL; PERFORURA POR 9 ANOS. FIXAÇÃO DA FRACTURA COM 01 PLACA BLOQUEADA EM TACO DE GOLFE + 02 PARAFUSOS ESPIONIOSOS COM 02 ARBUELAS; SUTURA E CURATIVO.

DURANTE PROCEDIMENTO FORAM UTILIZADOS: 02 PARAFUSOS ESPIONIOSOS COM 02 ARBUELAS + PLACA BLOQUEADA PARA PLATO TIBIAL (TACO DE GOLFE) E 04 PARAFUSOS DE BLOQUEIO E PARAFUSOS CORTICais

DATA INF: 10 de dezembro de 2019

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TECR 14909



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:	1 ^a Via Hospital de destino/2 ^a Via Hospital local			
	Município:			
Nome do Paciente:	data de Nascimento: ____ / ____ / ____			
Quadro Clínico:	<i>Acidentado com lesão na perna direita. Foi levado para o hospital de destino.</i>			
HD:	<i>Fratura aberta em Perna Direita</i>			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM:	DATA:		
	DATA:			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN:	DATA:		
1 ^a REMOÇÃO	1 ^o Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Fratura aberta em Perna Direita</i>			
2 ^a REMOÇÃO	Assinatura do (a) médico (a) junior CRM-PB-28478		CRM:	23472
	2 ^o Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Fratura aberta em Perna Direita</i>			
Assinatura do Responsável				
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:			
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:			

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

PRONTUÁRIO: 349661

DATA DE ENTRADA: 25/11/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA E
FRATURA FECHADA DE PLATÔ TIBIAL.

AMBULATÓRIO DE EGRESO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE RECEBE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTAÇÕES DADAS AO ACOMPANHANTE. ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA GERAL, COM 30 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR.

TRATAMENTO REALIZADO: OSTEOSÍNTSE DE TÍBIA E PLATÔ TIBIAL COM PLACA E PARAFUSOS CANULADOS.

ALTA HOSPITALAR: 12/12/2019

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

*Dra. Silvana Carvalho
Médica especialista de
Ortopedia e Traumatologia
01/12/2019*

ASS: DO MÉDICO E CRM

22-01-20

8:00

Dra. Mictou

46 + Tc

Chatz Kun Tipo 2

H
JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
ID: 349661
Male
49 Years

H
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
RADIOGRAFIA DA PERNAS DIREITA
Ac. No: 311660
ID: 349661
Acq. 25/11/2019
Acq. 20/05/12
Male
49 Years

H
JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
ID: 349661
Male
49 Years

H
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
RADIOGRAFIA DA PERNAS DIREITA
Ac. No: 311660
ID: 349661
Acq. 25/11/2019
Acq. 20/05/05
Male
49 Years

20 cm

20 cm

P

R

Frame: [1] 1 /
Zoom: 16.92%
WindowLevel: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2048x2500)

Series No: 2
Lateral

Frame: [1] 1 /
Zoom: 16.92%
WindowLevel: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2048x2500)

Series No: 1
AP

JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
10/07/2000
ID: 349661
Male
19 Years

H

H.R.A.
JOELHO DIREITO
Study ID: 1
Ac. Nb:
Acq.: 29/11/2019
Acq.: 15:05:08

10 cm

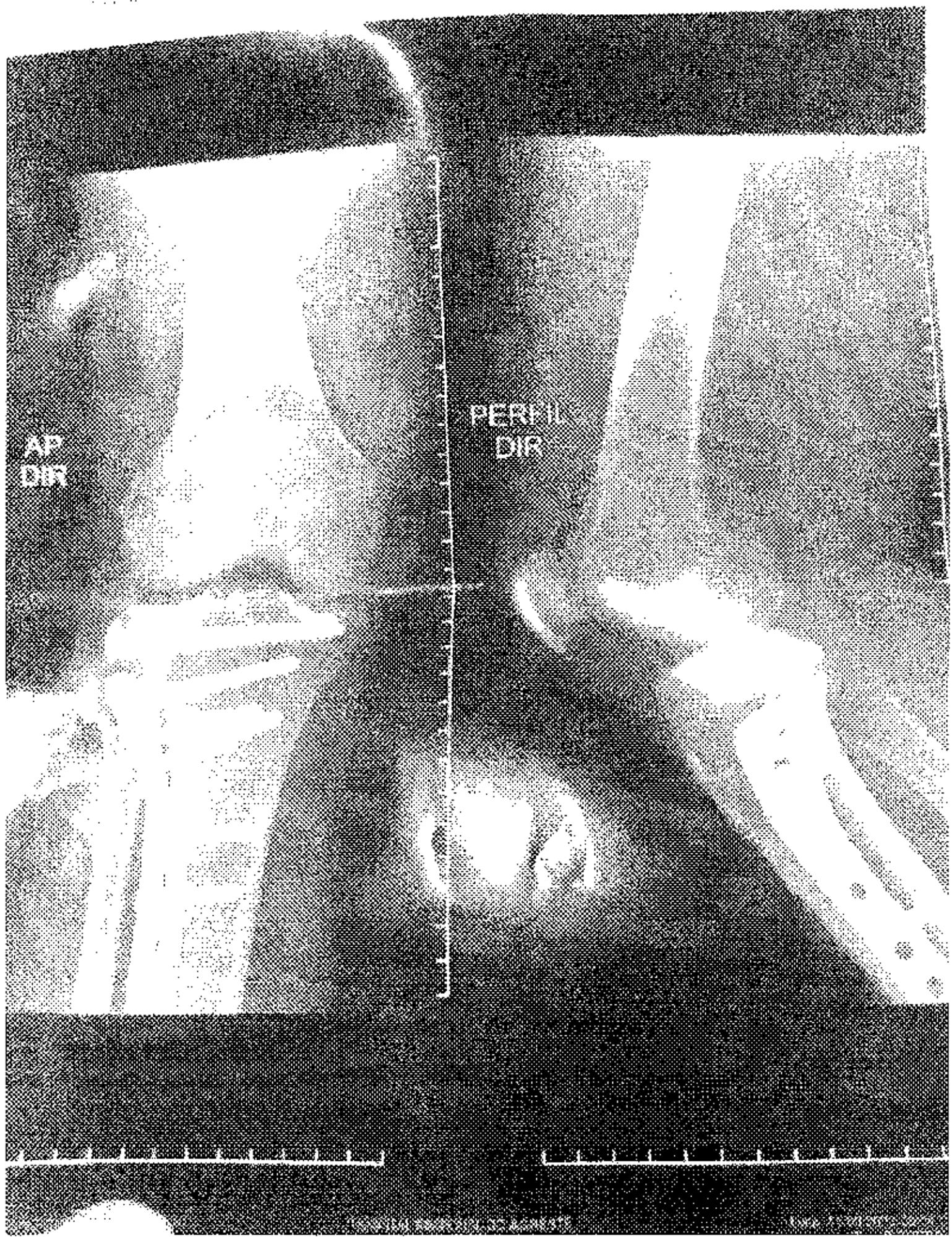
Spin -3
Tilt 0

R

A

Frame: [23] 23 / 41
Zoom: 88.14%
Window/Level: 1.500/450
Pixel:
CT (512x512) - CORONAL

Series Nb: 603
COR. OSO
Thickness: 3 mm



- 6 -

DIR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF:
10276556 SSP/DI PE

CPF: 144.666.334-52 DATA NASCIMENTO: 10/07/2000

FILIAÇÃO:
EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO
IMENTO
MARIA LIMA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO: [REDACTED] ACO: [REDACTED] CAT. HAB: AB

NP REGISTRO: 07163750481 VALIDADE: 29/07/2023 1ª HABILITAÇÃO: 17/12/2018

VALIDADA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1933787296

OBSERVAÇÕES:

José Nivaldo Lima do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SURUBIM, PE DATA EMISSÃO: 19/12/2019

Roberto Carlos Moreira Pimentel
Roberto Carlos Moreira Pimentel
Dirador Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

64584734869
PE096640774

PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. HABITAC.	UNICO	EXERCÍCIO
1	947628418		2016

MARIA LIMA DO NASCIMENTO
NOME:

VERT. DO LERIO - PE

ODONTOPI	PLACA
031-SD5-814-80	KJG0909

CHASSI

COMBUSTÍVEL

GÁSOLINA

ANO FAB.

ANO MFG.

HONDA/CB 150 TITAN ESD

2007

2008

HONDA/CB 150 TITAN ESD

047636415

HONDA/CB 150 TITAN ESD

03A-395-619-80

KJG0909

PLACA

DATA EMISSÃO

2016

04/07/16

PRÉMIO TARIÁRIO

DEPARTAMENTO (PE)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

0000000000000000

DATA DE CANCELAMENTO

OUT-2015

DATA DE VENCIMENTO

OUT-2015

DATA DE PAGAMENTO

OUT-2015

DATA DE CANCELAMENTO

OUT-2015

VERBA 2016 QUITADO

VENC. COTA UNICA

1º + 2º + 3º + 4º +

2º + 3º + 4º + 5º +

3º + 4º + 5º + 6º +

4º + 5º + 6º + 7º +

5º + 6º + 7º + 8º +

6º + 7º + 8º + 9º +

7º + 8º + 9º + 10º +

8º + 9º + 10º + 11º +

9º + 10º + 11º + 12º +

10º + 11º + 12º + 13º +

11º + 12º + 13º + 14º +

12º + 13º + 14º + 15º +

13º + 14º + 15º + 16º +

14º + 15º + 16º + 17º +

15º + 16º + 17º + 18º +

16º + 17º + 18º + 19º +

17º + 18º + 19º + 20º +

18º + 19º + 20º + 21º +

19º + 20º + 21º + 22º +

20º + 21º + 22º + 23º +

21º + 22º + 23º + 24º +

22º + 23º + 24º + 25º +

23º + 24º + 25º + 26º +

24º + 25º + 26º + 27º +

25º + 26º + 27º + 28º +

26º + 27º + 28º + 29º +

27º + 28º + 29º + 30º +

28º + 29º + 30º + 31º +

29º + 30º + 31º + 32º +

30º + 31º + 32º + 33º +

31º + 32º + 33º + 34º +

32º + 33º + 34º + 35º +

33º + 34º + 35º + 36º +

34º + 35º + 36º + 37º +

35º + 36º + 37º + 38º +

36º + 37º + 38º + 39º +

37º + 38º + 39º + 40º +

38º + 39º + 40º + 41º +

39º + 40º + 41º + 42º +

40º + 41º + 42º + 43º +

41º + 42º + 43º + 44º +

42º + 43º + 44º + 45º +

PAGO

MOTOCICLETA

ESPREL TWO

PLACA IPVA

MARCA/NO. CHASSI

CATEGORIA

DEPARTAMENTO

CONCESSIONANTE

ANO FAB.

ANO MFG.

VERBA 2016

QUITADO

VENC. COTA UNICA

1º + 2º + 3º + 4º +

2º + 3º + 4º + 5º +

3º + 4º + 5º + 6º +

4º + 5º + 6º + 7º +

5º + 6º + 7º + 8º +

6º + 7º + 8º + 9º +

7º + 8º + 9º + 10º +

8º + 9º + 10º + 11º +

9º + 10º + 11º + 12º +

10º + 11º + 12º + 13º +

11º + 12º + 13º + 14º +

12º + 13º + 14º + 15º +

13º + 14º + 15º + 16º +

14º + 15º + 16º + 17º +

15º + 16º + 17º + 18º +

16º + 17º + 18º + 19º +

17º + 18º + 19º + 20º +

18º + 19º + 20º + 21º +

19º + 20º + 21º + 22º +

20º + 21º + 22º + 23º +

21º + 22º + 23º + 24º +

22º + 23º + 24º + 25º +

23º + 24º + 25º + 26º +

24º + 25º + 26º + 27º +

26º + 27º + 28º + 29º +

28º + 29º + 30º + 31º +

30º + 31º + 32º + 33º +

32º + 33º + 34º + 35º +

35º + 36º + 37º + 38º +

38º + 39º + 40º + 41º +

41º + 42º + 43º + 44º +

RESERVA

VERBAS

PE N° 012238663551 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PLACA: KJG0909

VERT. DO LERIO - PE

DATA DE VENCIMENTO

MARIA LIMA DO NASCIMENTO

NOME:

VERBAS

VERBAS