

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: 4 - Nome completo da vítima:

144.666.334-52 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: SÍTIO LAGOA ESCONDIDA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERTENTE DO LERIO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55760-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99200-1998

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:

☒ 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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 024270 5 (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 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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:

SURUBIM, 18/03/2020

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

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
Org. Emissor PE	País Emissor BRASIL	Data de Emissão 19/12/2019	Data Venc. Doc. 23/07/2023
UF Nascimento PE	Município Nascimento SURUBIM	Nacionalidade BRASILEIRO	
Possui residência fiscal, nacionalidade ou visto permanente em outro país? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Preencher Mod. 4820-011E Inform. 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	Mantém União Estável?
<input type="checkbox"/> Casado Separação Bens	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
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 RESIDENCIAL		Número 30	Complemento CASA
Endereço SITIO LAGOA ESCONDIDA			
Bairro ZONA RURAL	Município Vertente do Léri	UF PE	Reside Desde 10/07/2000
DDD 81	Telefone NÃO POSSUI	Contato	
Autoriza Envio de SMS		DDD 81	Celular 982334218
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	E-Mail	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 checked="" type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Produtor Rural	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Aposentado
CNPJ da Empresa		<input type="checkbox"/> Do Lar	<input type="checkbox"/> Nunca Trabalhou
Filial	Contr.	<input type="checkbox"/> Não Empregado	<input type="checkbox"/> Estagiário
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	Origem Outras Rendas		
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Valor Outras Rendas	Comprovou Outras Rendas	Possui Despesas Fixas	
	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
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

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

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: 3200093125 Data da solicitação: 26/03/2020
Nome do beneficiário: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO CPF do beneficiário: 144.666.334-52
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700-1448 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESES 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) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: DOCUMENTOS DE IMAGEM
(DESCREVER)

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

SUBSIN, 26/03/2020

Local e Data

JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO
Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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:

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

Valoração 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.

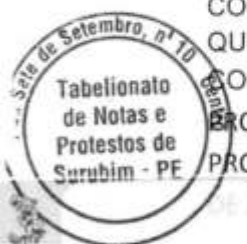
SURUBIM- PE 30 DE JANEIRO 2020



Jose Nivaldo Lima do Nascimento

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074293/20

Vítima: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 144.666.334-52

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

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

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 médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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



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, 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



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: SÍTIO LAGOA ESCONDIDA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERIENTE 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: ☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 41556 1 AGÊNCIA: CONTA:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se 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, SURUBIM, 30 JANEIRO 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - Culposos (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: **AUTOMOVEI/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 ACONTENCER 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 UPB DESTA CIDADE DE SURUBIM-PE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E LOGO APÓS FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL 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: SÍTIO LAGOA ESCONDIDA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: VERIENTE 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: ☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 41556 1 AGÊNCIA: CONTA:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: * 30 - Vítima deixou nascituro (se 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, SURUBIM, 30 JANEIRO 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA LIMA DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAGOA E SCONDIDA 30

CPF: 031.305.814-80 NIS: 16377701587

ZONA RURAL VERTENTES DO LERIO/RURA
VERTENTE DO LERIO PE
55760-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO COM NIS
Monofásico

IPDA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
091288321	UNICA	07/01/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/01/2020	2010717940	3998093

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7003712510	01/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LEITURA
14/01/2020	04/02/2020
IDEP* A PAGAR (R\$)	
21,07	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10052999	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	37,0000000	0,17233481	6,37
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09250394	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	37,0000000	0,15857919	5,88
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,19
Multa por atraso-NF 087389421 - 09/12/19			0,38
Juros por atraso-NF 087389421 - 09/12/19			0,02
Atualização IOPM-NF 087389421 - 09/12/19			0,01

TOTAL DA FATURA

21,07

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
715370	CAT	01/12/2019	8.562,00	07/01/2020	8.639,30	29	1,0000		87,30

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
JAN 20	87
DEZ 19	71
NOV 19	63
OUT 19	63
SET 19	56
AGO 19	48
JUL 19	52
JUN 19	53
MAY 19	58
ABR 19	55
MAR 19	59
FEV 19	60
JAN 19	56

INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,45	3,90
PIS	18,45	4,15
COFINS	18,45	4,15

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Energia de Energia	18,51	88,11%
Transmissão	0,94	4,46%
Distribuição (Célula)	0,73	3,42%
Perdas de Energia	1,80	8,54%
Energia Setorial	0,58	2,75%
Tratada	0,52	2,47%
Total	21,07	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo-TUSD até 30 kWh	3,01
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	6,37
Consumo-TE até 30 kWh	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	5,88

RESUMO DO CONSUMO

423C 174B 8112 00F8 B0CA ABC8 F24C C216

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você caso o eletrômetro não esteja visível. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. Na data da fatura, a bandeira em vigor é a Amarela. Para informações em tempo real sobre o consumo, consulte o aplicativo Celpe no celular ou o site www.celpe.com.br. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

Para mais informações sobre o fornecimento de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

PURGA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
SUBSIDIO	APURADO	ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
MÍNIMO	MÁXIMO



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0605943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 045.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 370

CENTRO/SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
091288903	UNICA	07/01/2020
SPED/CONTAB/RECE	Nº DO SUBTE	Nº DA NOTIFICAÇÃO
07/01/2020	201116808	375.808

DATA CONTINUA	DATA
7005749888	01/2020
34/01/2020	04/02/2020
83,80	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	98,0000000	0,42856182	42,22
Consumo Ativo(kWh)-TE	98,0000000	0,35875925	35,51
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 079728897-07/01/18			0,70

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

83,80

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
137914	CAT	06-12-2019	26 457,00	07-01-2020	26 556,00	26	1,00000		99,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
JAN 20	98
DEZ 19	118
NOV 19	102
OUT 19	108
SET 19	81
AGO 19	113
JUL 19	115
JUN 19	162
MAY 19	153
ABR 19	172
MAR 19	188
FEV 19	162
JAN 19	133

REPARTIÇÃO DE TENDINÇA

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	79,81	26,30
PIS	79,81	0,80
COFINS	79,81	4,18

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,82	32,01%
Transmissão	2,36	2,82%
Distribuição (Celpe)	17,37	21,00%
Perdas de Energia	6,47	7,84%
Energia Setorial	4,38	5,23%
Tributos	23,91	28,62%
Total	79,81	96,52%

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,2802820
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,2389600

RESUMO DO PIS/COFINS

AA02 B1E7 A367 B373 FCCC B0B6 081A 0542

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo máximo de 30 dias, a partir da data de vencimento, sob pena de incidência de multa de 0,1% ao dia de atraso. O cliente é responsável por manter atualizado o endereço e o e-mail cadastrados na conta. O cliente é responsável por manter atualizado o endereço e o e-mail cadastrados na conta. O cliente é responsável por manter atualizado o endereço e o e-mail cadastrados na conta.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 466/2012) estão disponíveis no site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS OBTENÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
B1C	0,00	5,85	11,70	23,40	220	202	231
P1C	0,00	3,38	6,72	13,45			
B1C1	0,00	3,20	6,40	12,80			

LIMITE DE 12,72 B1C1 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 25,53

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 João Rivaldo Lima do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.666.334 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Rivaldo Lima 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 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>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>_____</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98129-8619</u>

Surubim, 30 de Janeiro de 2020
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



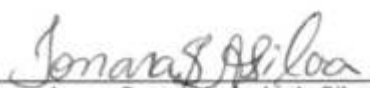
- DECLARAÇÃO -

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

IOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00100309

Fonduário: 54815

CNS:

Idade: 19 Anos 4 Meses 15 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JOSÉ NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Nascimento: 10/07/2000

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

Ind.: LAGOA ESCONDIDA

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP:

Idade: VERTENTE DO LÉRIO

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 144.666.334-52

Mãe: 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

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:**TRATAMENTO:**

PACIENTE VITIM
DE ACIDENTE MOTOCICLISTA
CLATIG IN 2m -
COM OR OM MED
NOR DO ALMOITE
5823634

- RX DE PUNHA DIREITA
- COTOPELADO LP Brg

Dr. Mário Júnior
Clínico Geral
CRM-PE 23472

EXAMES COMPLEMENTARES:**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

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

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

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

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

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA



Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:		1º Via Hospital de destino/2º Via Hospital local			
Nome do Paciente: Sora Nivaldo Lima		Município:			
data de Nascimento: Nascimento					
Quadro Clínico: Paciente com fratura aberta em perna direita. 06/15					
HD: Fratura Aberta em Perna Direita					
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:		DATA:	
		DATA:			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:		DATA:	
1º REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado): Acidente de trânsito 5823634				
	Assinatura do (a) médico (a):		CRM: 23472		
2º REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado):				
	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 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Data Nasc.: 10/07/2000

Idade: 19

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 14466633452

RG: 1027656

CNS: 203349264100002

Endereço: SÍTIO AGOA ESCONDIDA

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Cidade: VERTENTE DO LERIO

Estado: PE

CEP: 55760000

Fone: 981722219

Profissão: PADEIRO

Nome da Mãe: MARIA DE LIMA DO NASCIMENTO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/11/2019 12:29

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

queixa principal: dor bem
parada ⑤ após queda

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

fractura exposta do fêmur ⑤

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

① S. FOSF. 500mg EV.
② KCL 20mmol

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 REALIZAÇÃO DA OPERAÇÃO (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO	Nº Registro:
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº do leito:
OPERADOR: DR. ALEXANDRE RICO FILHO CRM-PE 20819 // RCL 14903	
PRIMEIRO ASSISTENTE:	SEGUNDO ASSISTENTE:
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA:
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	
DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: seg, 25 de novembro de 2019	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: FRATURA (EXPOSTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL (PSILATERAL)	
DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO: FRATURA (EXPOSTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL (PSILATERAL)	
OPERAÇÃO PROPOSTA: LIMPEZA E DESBRIDAMENTO PARA FRATURA (EXPOSTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL (PSILATERAL)	
OPERAÇÃO REALIZADA: LIMPEZA + DESBRIDAMENTO PARA FRATURA (EXPOSTA) DA TIBIA DIREITA + FRATURA (FECHADA) DO PLATO TIBIAL (PSILATERAL)	
DESCRIÇÃO DO ATOS OPERATORIO:	
PACIENTE EM DORSAL ASSÉPTICA E ANTISSEPSIA; APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS; REALIZADO AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO; DESBRIDAMENTO E LIMPEZA; SUTURA E CURATIVO	
NÃO FOI REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA EM DECORRÊNCIA A FALTA DE MATERIAL CIRÚRGICO	
DATA seg, 25 de novembro de 2019	ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RICO FILHO CRM-PE 20819 // RCL 14903

Dr. Alexandre Rico Filho
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-PE 20819 // RCL 14903

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

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOSÉ MIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

Nº Registro:

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

OPERADOR: DR ALEXANDRE REGO FILHO CRM-PE 20819 // TECT 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 TÍBIA DIREITA + FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

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

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

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

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO:

PACIENTE EM DDH; ASSEPSIA E ANTISSEPSIA; APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS; INCISÃO EM TOPOGRAFIA ANTERO-LATERAL; PERFORAÇÃO POR PLANOS; FIXAÇÃO DA FRATURA COM 01 PLACA BLOQUEADA EM TACO DE GOLFE + 02 PARAFUSOS ESPONGIOSOS COM 02 PARALELAS; SUTURA E CURATIVO

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

DATA: ter, 10 de dezembro de 2019

ASSINATURA: DR ALEXANDRE REGO FILHO CRM-PE 20819 // TECT 14909





Dr^a Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:		1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local			
Município:					
Nome do Paciente:		data de Nascimento: ____/____/____			
Quadro Clínico:					
HD:					
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:		DATA:	
		DATA:			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:		DATA:	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
Assinatura do (a) médico (a) JÚNIOR		CRM: 23472			
Clínica Geral					
CRM-PR 28472					
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
Assinatura do (a) médico (a):		CRM:			
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 EGRESSO – 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: OSTEOSSÍNTESE DE TÍBIA E PLATÔ TIBIAL
COM PLACA E PARAFUSOS CANULADOS.

ALTA HOSPITALAR: 12/12/2019

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dra. Sueli L. L. L. L.
Médica Assistente de
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10129

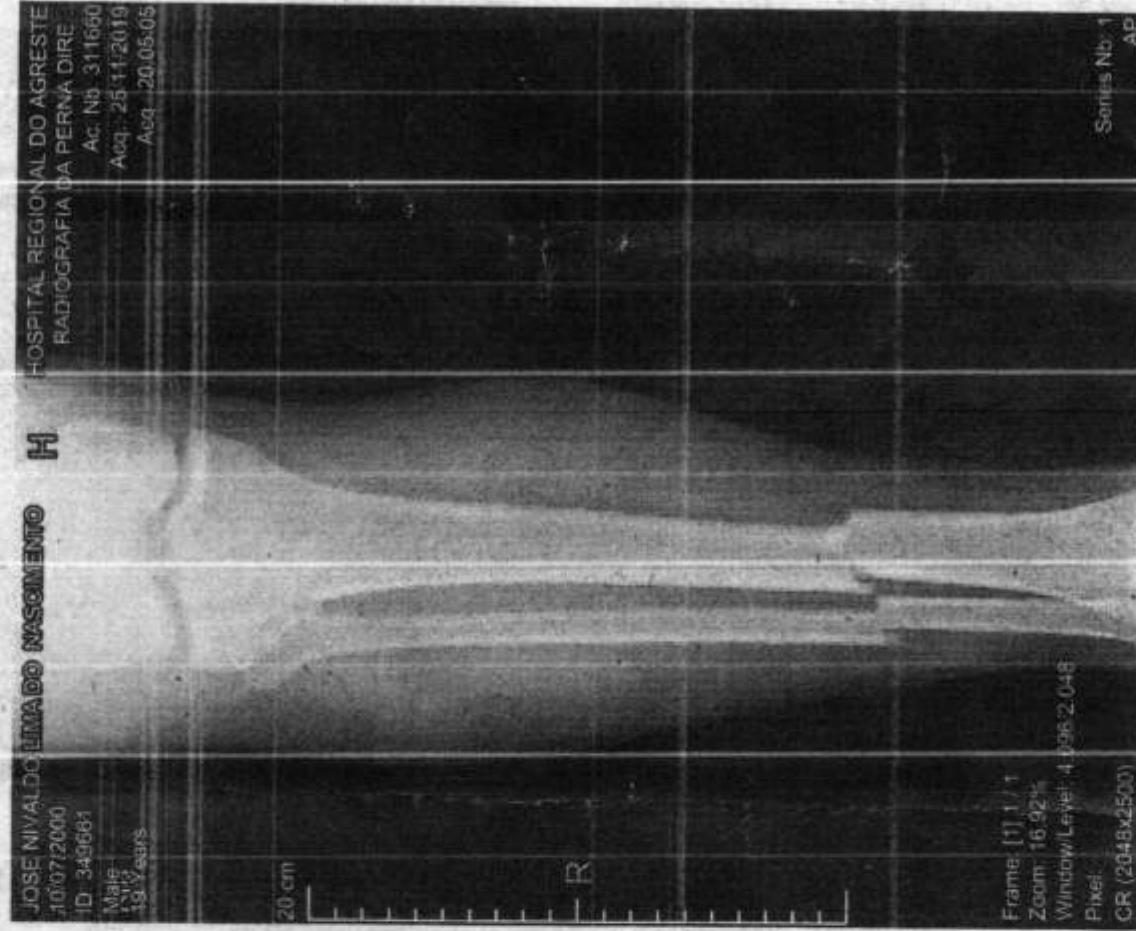
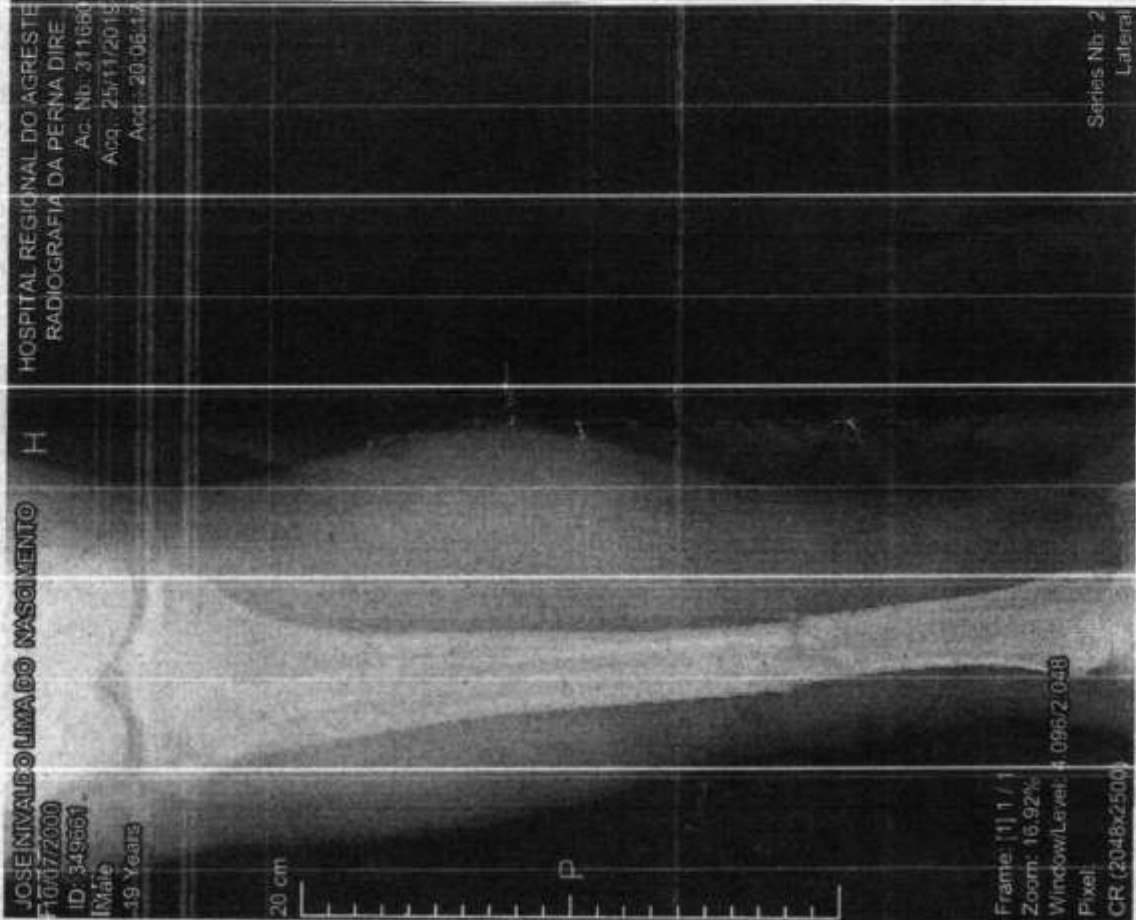
ASS: DO MÉDICO E CRM

22-01-20

8:00

Dr. NICTON

46 + TC
chatz Kun Tipo 2



JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO

10/07/2000

ID: 349661

Male

19 Years

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

A

Series Nb: 603

COR. OSSO

Thickness: 3 mm

AP
DIR

PERKIL
DIR



KEPADA YAHYDIKOR PERKAMPUS
KORPRIKORAN DI KAMPUS PERKAMPUS
KORPRIKORAN DI KAMPUS PERKAMPUS
KORPRIKORAN DI KAMPUS PERKAMPUS



PERFIL

AP

DR



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1933787296

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933787296

NOME JOSE NIVALDO LIMA DO NASCIMENTO		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 10276556 SSP/DI PE		
CNPJ 144.666.334-52	DATA NASCIMENTO 10/07/2000	
FILIAÇÃO EDIVALDO SILVA DO NASCIMENTO MARIA LIMA DO NASCIMENTO		
PERMISSÃO AB	ACC AB	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 07163750481	VALIDADE 29/07/2023	1ª HABILITAÇÃO 17/12/2018

OBSERVAÇÕES

Jose Nivaldo Lima do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM, PE

DATA EMISSÃO
19/12/2019

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

64584724869
PE096640774

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ANEXO 10 - CANCELAÇÃO DE
IMPRESSÃO NACIONAL DE IDENTIDADE
CANCELLATION NATIONAL IDENTIFICATION

PE

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISHANTE FERRERIA DE MOURA

PERMISSÃO
CANCELLADO

ACC
CANCELLADO

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02378655279

VALIDADE
08/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes
SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
SOLIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Chárlis Antônio Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53386755008
22078655279

PERNAMBUCO

1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012238663551
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 947638418 947638418 2016

MARIA LIMA DO NASCIMENTO

VERT. DO LERIO-PE

001-305.814-80 KJG8809

902K0802008025588

PAS MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2007 2008

2P/149CL PARTIC ASUL

1 IEVA 2016 QUITADO 1º 2º 3º

PREMIO TAFARIADO R\$ 100,00 PREMIO TOTAL R\$ DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEN RESERVA

VERT. DO LERIO-PE

04/07/16

Charles Andreus Sousa Eibeiro

Nº 012238663551

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR CARGA A PESSOA
TRANSFIRIDA OU NAU-SEGURO DPVAT

PE Nº 012238663551 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LIMA DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 822 1204

VERT. DO LERIO-PE 2016 04/07/16

001-305.814-80 KJG8809

947638418 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2007 09 902K0802008025588

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TAFARIADO R\$ 100,00 PREMIO TOTAL R\$ DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEN RESERVA

VERT. DO LERIO-PE

04/07/16

Charles Andreus Sousa Eibeiro

Nº 012238663551