

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE N° 012564914901  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM NTRC EXERCÍCIO  
1 870341278 \*\*\*\*\* 2016

NOME  
LUANA MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

OFFICNU PLACA  
123.416.944-46 KLM3696

PLACA ANT/UF CHASSI  
\*\*\*\*\* 9C2KC08506R804334

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 150 TITAN ES 2005 2006

CAP/POV/GIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/149CL PARTIC PRETA

COTA UNICA VEND. COTA UNICA VENC/COTAS

IPVA 2016 QUITADO 1<sup>º</sup> \*\*\*\*\*  
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2<sup>º</sup> \*\*\*\*\*  
3<sup>º</sup> \*\*\*\*\*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

LOCAL DATA  
CARUARU-PE 06/12/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PF

SEGURO OBRIGATÓRIO CONTRA OS RISCOS MAIS CAUSADOS PELA UTILIZAÇÃO  
AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE (DO PÚBLICO, DAS EMPRESAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO) - SEGURO DPVAT

PE N° 012564914901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUANA MARIA DA SILVA

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

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1254

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
CARUARU-PE 2016 06/12/16

VIA OFFICNU PLACA  
1 123.416.944-46 KLM3696

RENAVAM MARCA/MODELO  
870341278 HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. DAT. TIR. N° CHASSI  
2005 09 9C2KC08506R804334

PRÉMIO TARIFÁRIO  
FNE (R\$) DOUTRIN (R\$) CUSTO DO BEMUT (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA UNICA PARCELA/DO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.699/0001-04  
[www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br)

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ESTE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE N° 012564914901  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM N° ANT/RC EXERCÍCIO  
1 870341278 \*\*\*\*\* 2016

NOME  
LUANA MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

OFFICINA PLACA  
123.416.944-46 KLM3696

PLACA ANT/UF CHASSI  
\*\*\*\*\* 9C2KC08506R804334

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 150 TITAN ES 2005 2006

CAP/POV/GIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/149CL PARTIC PRETA

COTA UNICA VEND. COTA UNICA VENC/COTAS  
IPVA 2016 QUITADO 1° \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*\*\* 2° \*\*\*\*\* 3° \*\*\*\*\*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

LOCAL DATA  
CARUARU-PE 06/12/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PF

SEGURO OBRIGATÓRIO CONTRA OS RISCOS MAIS CAUSADOS PELA UTILIZAÇÃO  
AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE (DO FIM DE DIA, DURANTE A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO) SEGURO DPVAT

PE N° 012564914901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUANA MARIA DA SILVA

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

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1254

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
CARUARU-PE 2016 06/12/16

VIA OFF./CNPJ PLACA  
1 123.416.944-46 KLM3696

RENAVAM MARCA/MODELO  
870341278 HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. DAT. TIR. N° CHASSI  
2005 09 9C2KC08506R804334

PRÉMIO TARIFÁRIO

PNE (R\$) CUSTO (R\$) CUSTO DO BEM VIVO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA UNICA PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 PARCELA  
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
PARCELA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.699/0001-04

[www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br)

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ESTE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO

FEV-2016

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380089/19

**Vítima:** LEANDRO BEZERRA LINS

**CPF:** 054.522.714-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/01/2018

**Titular do CPF:** LEANDRO BEZERRA LINS

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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](http://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: 30/10/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190612988      **Cidade:** Toritama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEANDRO BEZERRA LINS      **Data do acidente:** 08/01/2018      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/11/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NO HÁLUX DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (PÉ - P4), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequelas

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

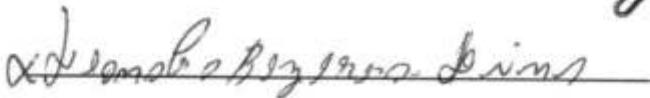
NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR	
IDENTIDADE: 7.336.803 SDS/PE	CPF: 054.522.714-30
DATA DO ACIDENTE: 08/01/2018	
COBERTURA: INVALIDEZ	
VÍTIMA: LEANDRO BEZERRA LINS	
ENDERECO: AV JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214, LOTTO COQUEIRAL, TORITAMA /PE	

### OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO	
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE	CPF: 574.940.534-68
ENDERECO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO 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

TORITAMA - PE 25 DE OUTUBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TORITAMA  
Rua João Manuel da Silva, 25 - Centro - Toritama - PE  
Tabelia: Danielle Lúcia Ribeiro

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço Por Autenticidade a firma de  
LEANDRO BEZERRA LINS. 25/10/2019 e dou fé.  
Em testemunho da verdade. Escrevente:  
GLEYSON ALVES MOTA DE ARAUJO  
Emol.3,51, TSNR 0,80, FERC 0,40 Total R\$4,91  
Consulte autenticidade em [www.tjepe.jus.br/](http://www.tjepe.jus.br/)  
Sel:0162057.YGJ1020190100979



Gleyson A. M. de Araujo  
ESCREVENTE AUTORIZADO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

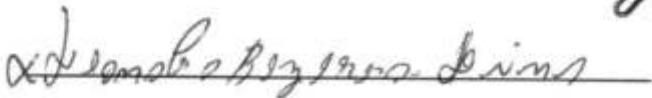
NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR	
IDENTIDADE: 7.336.803 SDS/PE	CPF: 054.522.714-30
DATA DO ACIDENTE: 08/01/2018	
COBERTURA: INVALIDEZ	
VÍTIMA: LEANDRO BEZERRA LINS	
ENDERECO: AV JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214, LOTTO COQUEIRAL, TORITAMA /PE	

### OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO	
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE	CPF: 574.940.534-68
ENDERECO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO 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

TORITAMA - PE 25 DE OUTUBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TORITAMA  
Rua João Manuel da Silva, 25 - Centro - Toritama - PE  
Tabelia: Danielle Lúcia Ribeiro

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço Por Autenticidade a firma de  
LEANDRO BEZERRA LINS. 25/10/2019 e dou fé.  
Em testemunho da verdade. Escrevente:  
GLEYSON ALVES MOTA DE ARAUJO  
Emol.3,51, TSNR 0,80, FERC 0,40 Total R\$4,91  
Consulte autenticidade em [www.tjepe.jus.br/](http://www.tjepe.jus.br/)  
Sel:0162057.YGJ1020190100979



Gleyson A. M. de Araujo  
ESCREVENTE AUTORIZADO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061571/20

**Vítima:** LEANDRO BEZERRA LINS

**CPF:** 054.522.714-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/01/2018

**Titular do CPF:** LEANDRO BEZERRA LINS

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/02/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380089/19

**Vítima:** LEANDRO BEZERRA LINS

**CPF:** 054.522.714-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/01/2018

**Titular do CPF:** LEANDRO BEZERRA LINS

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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](http://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: 30/10/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190612988**

**Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS**

**Data do Acidente: 08/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS**

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](http://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, 06 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190612988**

**Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS**

**Data do Acidente: 08/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS**

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

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

A documentação médica anexada, datada de 15/01/2018, emitida pelo Dr. JOSÉ VINÍCIUS GOMES DOS SANTOS, CRM nº 25516 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200076098**

**Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS**

**Data do Acidente: 08/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS**

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](http://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, 17 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200076098**

**Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS**

**Data do Acidente: 08/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **054 522.714-30** 3 - CPF da vítima: **054 522.714-30** 4 - Nome completo da vítima: **LEANDRO BEZERRA LINS**

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

5 - Nome completo: **LEANDRO BEZERRA LINS** 6 - CPF: **054 522.714-30**

7 - Profissão: **REC. SNF** 8 - Endereço: **AV. JOÃO SOARES DA SILVA** 9 - Número: **214** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **LOTTO COANGIRAL** 12 - Cidade: **FORITAMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55125-000**

15 - E-mail: **AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **81-99665-0454**

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 type="checkbox"/> REUSO 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)

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **35905 3**  
 (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 Lider a creditar a 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:  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  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  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

Informações  
digitais  
última nu-  
meração  
não elaborada

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **FORITAMA 28/10/2019**

**Leandro Bezerra Lins**

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **054 522.714-30** 3 - CPF da vítima: **054 522.714-30** 4 - Nome completo da vítima: **LEANDRO BEZERRA LINS**

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

5 - Nome completo: **LEANDRO BEZERRA LINS** 6 - CPF: **054 522.714-30**

7 - Profissão: **REC. SNF** 8 - Endereço: **AV. JOÃO SOARES DA SILVA** 9 - Número: **214** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **LOTTO COANGIRAL** 12 - Cidade: **FORITAMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55125-000**

15 - E-mail: **AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **81-99665-0454**

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 type="checkbox"/> REUSO 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)

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **35905 3**  
 (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 Lider a creditar a 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:  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  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  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

Informações  
digitais  
última nu-  
meração  
não elaborada

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **FORITAMA 28/10/2019**

**Leandro Bezerra Lins**

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

3 de 3

05/03/2018 14:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -  
 DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0219000323**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às  
**14:51**

Completa o BO Número: **18E0219000298**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
 que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO/MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, BR104** - Bairro:

**CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
 SIMONE CRISTIANE DA SILVA (NOTICIANTE )  
 LEANDRO BEZERRA LINS (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a).  
 LEANDRO BEZERRA LINS

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

**LEANDRO BEZERRA LINS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILDA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **ARLINDO BEZERRA LINS** Data de Nascimento: **13/2/1985**  
 Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7336883/SDS/PE (RG)**,  
**05452271430 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
 Profissão: **COSTUREIRO(A)**

**SIMONE CRISTIANE DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA DA SILVA** Pai: **GERALDO POSSIDONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/6/1988**  
 Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8514901/SDS/PE (RG)**,  
**09442157426 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DO LAR**  
 Telefones Celulares:  
 - **81983786413**

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

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



**MOTOCICLETA HONDA CG 150 KLM 3696 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLM 3696** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KG08566R804334**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006**

### Complemento / Observação

**RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA 08/01/2018 A VÍTIMA LEANDRO BEZERRA LINS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM TORITAMA, SENDO ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE. NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A SENHORA SIMONE CRISTIANE DA SILVA IDENTIDADE 5514001 SDS/PE, CPF 094421674 26, SOLICITANDO A RETIFICAÇÃO DA DATA DO ACIDENTE CONSTA NESTE BO 08.02.2018, PARA 08.01.2018, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA DE 29.01.2018 RELATANDO A OCORRÊNCIA, NA DATA MENCIONADA.(RETIFICADA) NESTA DATA A PESSOA DE SIMONE CRISTIANE DA SILVA, VEM ACRESCENTAR O NOME DA PESSOA QUE ESTÁ NO DOCUMENTO DA MOTOCICLETA DE PLACA KLM3696. LUANA MARIA DA SILVA, CPF 123.416.944-46. NA OPORTUNIDADE A NOTICIANTE APRESENTA XEROX DO CRLV DA MOTOCICLETA REFERENCIA. É O QUE FIZ CONSTAR.**

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

**SIMONE CRISTIANE DA SILVA  
 (NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **Rui Jose Medeiros Silva - Matrícula: 381102-6**




3 de 3

05/03/2018 14:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -  
 DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0219000323**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às  
**14:51**

Completa o BO Número: **18E0219000298**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
 que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO/MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, BR104** - Bairro:

**CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**ELEMENTO DESCONHECIDO** (AUTOR / AGENTE)

**SIMONE CRISTIANE DA SILVA** (NOTICIANTE)

**LEANDRO BEZERRA LINS** (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO**: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).  
**LEANDRO BEZERRA LINS**

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

**LEANDRO BEZERRA LINS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILDA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **ARLINDO BEZERRA LINS** Data de Nascimento: **13/2/1985**  
 Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7336883/SDS/PE (RG)**,  
**05452271430 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
 Profissão: **COSTUREIRO(A)**

**SIMONE CRISTIANE DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA DA SILVA** Pai: **GERALDO POSSIDONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/6/1988**  
 Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8514901/SDS/PE (RG)**,  
**09442157426 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DO LAR**  
 Telefones Celulares:  
 - **81983786413**

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

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



**MOTOCICLETA HONDA CG 150 KLM 3696 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLM 3696** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KG08566R804334**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006**

### Complemento / Observação

**RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA 08/01/2018 A VÍTIMA LEANDRO BEZERRA LINS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM TORITAMA, SENDO ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE. NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A SENHORA SIMONE CRISTIANE DA SILVA IDENTIDADE 5514001 SDS/PE, CPF 094421674 26, SOLICITANDO A RETIFICAÇÃO DA DATA DO ACIDENTE CONSTA NESTE BO 08.02.2018, PARA 08.01.2018, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA DE 29.01.2018 RELATANDO A OCORRÊNCIA, NA DATA MENCIONADA.(RETIFICADA) NESTA DATA A PESSOA DE SIMONE CRISTIANE DA SILVA, VEM ACRESCENTAR O NOME DA PESSOA QUE ESTÁ NO DOCUMENTO DA MOTOCICLETA DE PLACA KLM3696. LUANA MARIA DA SILVA, CPF 123.416.944-46. NA OPORTUNIDADE A NOTICIANTE APRESENTA XEROX DO CRLV DA MOTOCICLETA REFERENCIA. É O QUE FIZ CONSTAR.**

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

**SIMONE CRISTIANE DA SILVA  
 (NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **Rui Jose Medeiros Silva - Matrícula: 381102-6**




# 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 ASI: **054 522.714-30** 3 - CPF da vítima: **054 522.714-30** 4 - Nome completo da vítima: **LEANDRO BEZERRA LINS**

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

5 - Nome completo: **LEANDRO BEZERRA LINS** 6 - CPF: **054 522.714-30**

7 - Profissão: **REC. SNF** 8 - Endereço: **AV. JOÃO SOARES DA SILVA** 9 - Número: **214** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **LOTTO COANGIRAL** 12 - Cidade: **FORITAMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55125-000**

15 - E-mail: **AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **81-99665-0454**

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 type="checkbox"/> REUSO 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)

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **35905 3**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a 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:  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  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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

Informações  
digitais  
última  
transação  
realizada

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, **FORITAMA 28/10/2019**

**Leandro Bezerra Lins**

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

# 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 ASI: **054 522.714-30** 3 - CPF da vítima: **054 522.714-30** 4 - Nome completo da vítima: **LEANDRO BEZERRA LINS**

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

5 - Nome completo: **LEANDRO BEZERRA LINS** 6 - CPF: **054 522.714-30**

7 - Profissão: **REC. SNF** 8 - Endereço: **AV. JOÃO SOARES DA SILVA** 9 - Número: **214** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **LOTTO COANGIRAL** 12 - Cidade: **FORITAMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55125-000**

15 - E-mail: **AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **81-99665-0454**

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 type="checkbox"/> REUSO 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)

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **35905 3**  
 (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 Lider a creditar a 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:  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  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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

Informações  
digitais  
última nu-  
meração  
não elaborada

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, **FORITAMA 28/10/2017**

**Leandro Bezerra Lins**

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



# SAMU 192

Prefeitura Municipal de Toritama  
Secretaria de Saúde de Toritama

Toritama, 29 de janeiro de 2018

## DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **LEANDRO BEZERRA LINS** portador do RG **7.336.803 SDS-PE** e CPF **054.522.714-30** que consta nos registros de ocorrências Nº**0010**do **SAMU** Toritama, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 do mês de janeiro do ano de 2018 às 00: 00hs: 03min. No endereço:na BR 104(Próximo ao lixão)) município de Toritama com queixa de queda e Moto tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportado para o **HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**, na cidade de Toritama-Pe.

De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente o os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

*Anna Paula S. de A.*  
Anna Paula S. de A.  
Enfermeira  
COREN-PE 334662  
GODA MACHADO  
334662

ANA PAULA SILVA DE ASSIS-ENF-COREN-PE 334662

COORD. SAMU Toritama

Recebi esta declaração do SAMU Toritama em -----/-----/-----



# SAMU 192

Prefeitura Municipal de Toritama  
Secretaria de Saúde de Toritama

Toritama, 29 de janeiro de 2018

## DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **LEANDRO BEZERRA LINS** portador do RG **7.336.803 SDS-PE** e CPF **054.522.714-30** que consta nos registros de ocorrências Nº**0010**do **SAMU** Toritama, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 do mês de janeiro do ano de 2018 às 00: 00hs: 03min. No endereço:na BR 104(Próximo ao lixão)) município de Toritama com queixa de queda e Moto tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportado para o **HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**, na cidade de Toritama-Pe.

De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente o os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

*Anna Paula S. de A.*  
Anna Paula S. de A.  
Enfermeira  
COREN-PE 334662  
GODA MACHADO  
334662

ANA PAULA SILVA DE ASSIS-ENF-COREN-PE 334662

COORD. SAMU Toritama

Recebi esta declaração do SAMU Toritama em -----/-----/-----





CELPF

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26 de maio de 2002.

**NOTA FISCAL** - **FATURA** - **CONTA DE ENERGIA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50.055-902  
CNPJ 12.223.932/0001-08 | insc. Est. 0005943-83 | www.celepe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

ACERVO MUSICAL DA SERRA DE A. FERNANDES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CPF 545.254.444-04

CENTRO/SURUBIM  
SURUBIM PE  
55750-000

BTI RESIDENCIAL RESIDENCIAL		DATA DO DOCUMENTO 07/05/2019	NR. DO DOCUMENTO 7005749888	PERÍODO 10/2019
Nº DA NOTA FISCAL 07/8/2009		DATA 07/04	DATA DE EMISSÃO 07/10/2019	DATA DE VENCIMENTO 07/11/2019
VALOR ENTREGUE 07/10/2019		VALOR PAGO (R\$) 2011,8000		
VALOR RESTANTE 07/10/2019		VALOR PENDENTE DE PAGAMENTO (R\$) 375,0000		
		TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Áereo(kWh)			
AcreSCIME Bandeira AMARELA	1CB.00000000	0,81068952	87,55
AcreSCIME Bandeira VERMELHA			0,50
Carro Ren. PÚBLICO Municípal			5,01
ICMS Subvenção-CDE-NF 0880247/9-04/07/19			0,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 0720442/0-05/06/19			0,78
Multa por atraso-NF 0759482/94-04/05/19			0,00
Juros por atraso-NF 0759402/94-04/05/19			1,35
			0,11

Total Diatoms

1027

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA UNICA ENTRADA

INFORMAÇÕES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PROJETOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
OUT/19	106		SÁBIA DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEPÓSITO	R\$ 19,49	31,00%
SET/19	91		91,06	25,00	22,38	R\$ 3,22	3,47%
ABR/19	113	ICMS	91,06	1,28	1,20	R\$ 10,81	21,07%
MAI/19	112	PIS	91,06	0,95	0,51	R\$ 6,17	6,02%
JUN/19	162	COFINS	91,06			R\$ 4,91	4,88%
JUL/19	152					R\$ 29,39	57,22%
AUG/19	172					Total	100%
SETEMBR/19	166						
TAMPO APLICADAS							0,54973300
FEV/19	167						
MAR/19	131						
ABR/19	176						
MAY/19	166						
JUN/19	172						
JUL/19	152						
AUG/19	172						
SETEMBR/19	166						

4.0 **consultoria** para os  
empreendedores que desejam  
atuar no setor, fornecendo  
informações preciosas e detalhadas ac-  
erca de como se desenvolve o setor  
e como se pode atuar nele.



CELPE  
ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: arquive-o em local seco, sem contato com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o exponha também à luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.



DADOS DO CLIENTE  
 JOSE LUCIANO DE CARVALHO

ENDERÉSCO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 AV. JOÃO JOSÉ QUIM DA SILVA, 214

CPF: 045.128.944-08

LUTIO COMÉRCIO/TORITAMA  
 TORITAMA/PE  
 55125-000

CLASSIFICAÇÃO  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

NÚMERO CONSUMIDOR: 4003101733  
 DATA DE VENCIMENTO: 07/2019  
 DATA DE VENCIMENTO: 17/07/2019  
 DATA DE VENCIMENTO: 09/08/2019

DATA DE VENCIMENTO: 08/08/2019  
 DATA DE VENCIMENTO: 10/08/2019  
 DATA DE VENCIMENTO: 10/08/2019  
 DATA DE VENCIMENTO: 10/08/2019  
 DATA DE VENCIMENTO: 10/08/2019

165,71

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	190.0000000	0,79065095	146,31
Acréscimo Bandeira MAPLEIA			1,09
Contrib. Aut. Pública Municipal			9,26
ICMS Subvenção - COE-IF 061471384-10/05/19			1,40
Multa por atraso - NF 061471384-10/05/19			3,51
Juros por atraso - NF 061471384-10/05/19			1,56
Alta/Ativação ICPI-1 NF 061471384-10/05/19			0,06
PRÓ-CRISTAL - 0813472.0880.0001.031.0000			0,96
Bonus ITAIPU - s/121 da Lei 10.436/2002			-1,42

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DIÁTICO NOTA FISCAL							
Nº DO MENSOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA DATA	ATUAL LEITURA DATA	Nº DE DAS	CONSTANTE	AJUSTE
41200301	CAT	14/07/2019	23.784,00	23.784,00	00	1,0000	105,71

DETALHES DE CONSUMO

MENSAL (Wh)

ABR19 188

ABR19 219

MAR19 239

ABR19 165

MAR19 175

FEV19 229

MAR19 162

ABR19 207

MAR19 188

ABR19 165

MAR19 163

ABR19 151

ABR19 169

DETALHAMENTO DE TRIBUTOS

ICMS

ICMS

FGTS

COPRE

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Conexão de Energia

ICMS

Transmissão

Distribuição e Exploração

Perda de Energia

Encargos Sociais

Italiação

Total

105,71

VALOR DO IMPORTE

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71

105,71



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26 de maio de 2002.

**NOTA FISCAL** - **FATURA** - **CONTA DE ENERGIA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50.055-902  
CNPJ 12.223.932/0001-08 | insc. Est. 0005943-83 | www.celepe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

ACERVO MUSICAL DA SERRA DE A. FERNANDES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CPF 545.254.444-04

CENTRO/SURUBIM  
SURUBIM PE  
55750-000

BTI RESIDENCIAL RESIDENCIAL		CONTADOR 7005749888	MESES 10/2019
DETALHAMENTO 07/09/2019	DATA 07/09/2019	DATA DE REFERENCIA 14/10/2019	DATA DE VENCIMENTO 07/11/2019
APRESENTADO 07/10/2019	Nº DO CLIENTE 2011-BR002	Nº DE INSTALACAO 375-3000	TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Áereo(kWh)			
AcreSCIME Bandeira AMARELA	1CB.00000000	0,81068952	87,55
AcreSCIME Bandeira VERMELHA			0,50
Carro Ren. PÚBLICO Municípal			5,01
ICMS Subvenção-CDE-NF 0880247/9-04/07/19			0,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 0720442/0-05/06/19			0,78
Multa por atraso-NF 0759482/94-04/05/19			0,00
Juros por atraso-NF 0759402/94-04/05/19			1,35
			0,11

### TOTAL DEFATIGUE

102-74

Demonstrativo de consumo desta nota fiscal

INFORMAÇÕES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PRODUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
OUT 19	106		SÁB. DE SALGADO	%	VALOR DO DEPÓSITO	R\$ 19,49
SET 19	91		93,06	25,00	23,38	11,62%
OUT 19	112	ICMS	93,06	1,28	1,20	3,47%
NOV 19	113	PIS	93,06	0,98	0,51	21,07%
DEZ 19	114	COFINS	93,06			9,02%
JAN 19	162					4,88%
FEB 19	162					51,22%
MAR 19	162					100%
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					
JUN 19	167					
JUL 19	171					
AGO 19	176					
SETEMBR 19	186					
OCT 19	133					
NOV 19	133					
DEZ 19	176					
JAN 19	166					
FEB 19	167					
MAR 19	162					
ABR 19	172					
MAY 19	166					



CELPE  
ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: arquive-o em local seco, sem contato com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o exponha também à luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.

## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEANDRO BEFERRA LINS inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.522.714-30, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEANDRO BEFERRA LINS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.522.714-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

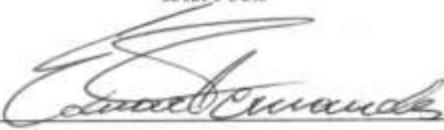
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número	<u>370</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SURUBIM</u>		Estado	<u>PE</u>
Email	<u>AFSEGURAS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>81-99655-0454</u>	Telefone celular (DDD)	<u>81-98133-5022</u>

TOITAMA, 28 de OUTUBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



HOSPITAL MUNICIPAL  
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



PREFEITURA DE  
**TORITAMA**  
Trabalhando para todos

Toritama, 05 de Fevereiro de 2017.

## **Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar**

**DECLARAÇÃO nº 021/2018**

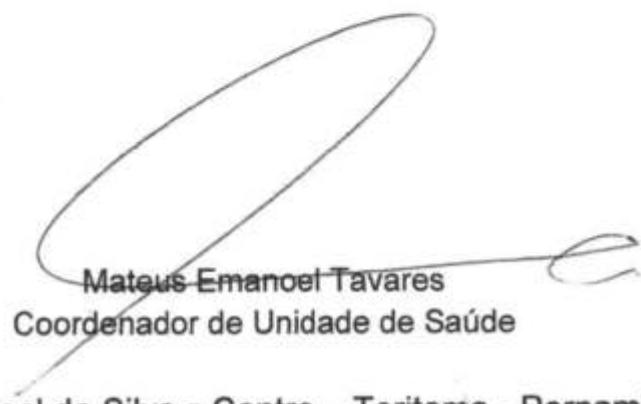
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **LEANDRO BEZERRA LINS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **LEANDRO BEZERRA LINS** deu entrada nesta unidade como consta na ficha geral de emergência no registro nº 72.421, no dia 08/01/2018 foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

  
Mateus Emanoel Tavares  
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •  
Telefone: 3741- 1192• E-mail – [admhospitaltoritama@gmail.com](mailto:admhospitaltoritama@gmail.com)  
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



Registro:	Hora:	Nome do Paciente:		Sexo:	Data de Entrada:	
72.421	00:36	Lorenzo Henrique		M	08.01.2018	
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:		
32	7.336.803	SNS/PE	mais tronco			
Data de Nascimento:		Naturalidade:				
13.02.1985		Juazeiro Pern - PE				
Endereço:			Número:	Complemento:		
R:				Casa		
Cidade:		Bairro:			UF:	CEP:
PE					PE	
SUS:		Profissão:				
mais tronco						
Nome da Mãe:			Nome do Pai:			
Juazeiro Maria da Glória			Lorenzo Henrique			
Nome do Responsável: Telefone:						

PA: 111 x 80	PULSO: 92	FR: 21	HGT: 168	PESO: 72	T (°C): -
SpO <sub>2</sub> ambiente: 98%	SpO <sub>2</sub> com O <sub>2</sub> _____	L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL					
ASSINATURA E CARIMBO:					

HDA: *agitado, alucinado, vítima de quebra de reto, intentos de pôr em dia*

Hipertensão: ( ) sim ( ) não // Diabetes: ( ) sim ( ) não //

APP: *stom 98%, m. b. b.*

EXAME GERAL: <i>RR 15 - sputo</i>	OROSCOPIA: <i>stom 98%, m. b. b.</i>
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV: <i>RR 15 IT FC 97 bpm</i>	GLASGOW: <i>15</i>
AR: <i>RR 15 IT FC 97 bpm</i>	NUCA: <i>15</i>
ÁBDO: <i>RR 15 IT FC 97 bpm</i>	PUPILAS:
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico

Provisório: \_\_\_\_\_

Alergias: ( ) Sim: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Conduta:

- ①. *DF 3,9% - 500ml EV - 1.100cc (1), (2)*
- ②. *DF 3,9% - 500ml EV - 1.100cc*
- ③. *Salvo risco toxic, sobre, urinol, p. (1).*

MÉDICO(CRM)

Raymundo Cruz  
CRM 25878

**SECRETARIA  
DE SAÚDE  
ENCAMINHAMENTO**

Prefeitura Municipal de

**Toritama**  
A mudança começou.



1ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE

Leandro Oliveira Lins

REGISTRO N°

72.421

IDADE

32

RESIDENTE

Toritama

PARA O HOSPITAL

HR - NEURO / TRAUMA

SENHA N°

5396759

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE:

Act vítima de acidente de moto. Chegou ao serviço, trazido pelo SAMU, consciente, porém desorientado e alucinado. Foi estabilizado e realizou exame de tórax, abdomen, bexiga e pé (D) (por lesão importante). Constata-se fratura de tibia e fíbula e fraturamento ósseo na vértebra.

MS: 110 x 80 mm. FC: 90 bpm. SpO<sub>2</sub> 98% M A.A.

Hgt. 168. Neuro: pupilas isóceas e fotorreceptores MNG(+) M AHT SI SA.

Transferido para hospital, no uso de SNC e traço diurese, SpO<sub>2</sub> 98%. M A.A. para assistência da Traumatologia / Neuro no Hosp. de Pernambuco.

GR2,

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA 08/01/18

ASSINATURA DO MÉDICO

Rayana Cruz  
Médica  
CRM 25878

OBS - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação.

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

81 3741.1811

Secretaria de Saúde de Toritama  
CNPJ: 11.073.548/0001-88  
Rua João Chagas, S/N - Centro  
Toritama, Pernambuco, CEP 55125 000



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	PRONTUÁRIO: 1618456	ATENDIMENTO: 00917408
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1985	FOI ATENDIDO EM: 08/01/2018 Às	DATA DA ALTA: 16/01/2018 ÀS 14:55

### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM PE DIREITO, RESULTANDO EM FERIMENTO EXTEÑO E LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO HALUX + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID: S969 + S819 + S420

### Tratamento Realizado:

LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA  
IMOBILIZAÇÃO DE MSD

### Observação:

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA  
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS  
INICIAR FISIOTERAPIA PRECOCEMENTE  
CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (RETIRAR PONTOS DE SUTURA A PARTIR DE 25/01)  
MANTER TIPOIA AMERICANA

### Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos  
Ortopédia e Traumatologia  
CRM-PE: 25516

JOSE VINÍCIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº 25516

Recife, 15, JANEIRO ,2018

### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.







HOSPITAL MUNICIPAL  
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



PREFEITURA DE  
**TORITAMA**  
Trabalhando para todos

Toritama, 05 de Fevereiro de 2017.

## **Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar**

**DECLARAÇÃO nº 021/2018**

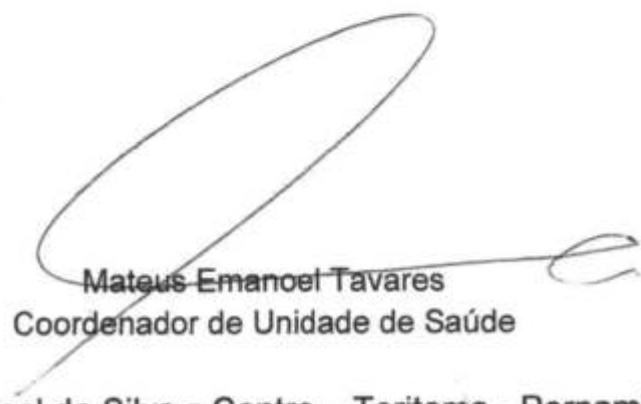
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **LEANDRO BEZERRA LINS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **LEANDRO BEZERRA LINS** deu entrada nesta unidade como consta na ficha geral de emergência no registro nº 72.421, no dia 08/01/2018 foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

  
Mateus Emanoel Tavares  
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •  
Telefone: 3741- 1192• E-mail – [admhospitaltoritama@gmail.com](mailto:admhospitaltoritama@gmail.com)  
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



Registro:	Hora:	Nome do Paciente:		Sexo:	Data de Entrada:	
72.421	00:36	Lorenzo Regis Bins		M	08.01.2018	
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:		
32	7.336.803	SNS/PE	mais tronco			
Data de Nascimento:		Naturalidade:				
13.02.1985		Juazeiro PE				
Endereço:			Número:	Complemento:		
R:				Casa		
Cidade:		Bairro:			UF:	CEP:
PE					PE	
SUS:		Profissão:				
mais tronco						
Nome da Mãe:			Nome do Pai:			
Juazeiro da Bahia			Lorenzo Regis Bins			
Nome do Responsável: Telefone:						

PA: 111 x 80	PULSO: 92	FR: 21	HGT: 168	PESO: 72	T (°C): -
SpO <sub>2</sub> ambiente: 98%	SpO <sub>2</sub> com O <sub>2</sub> _____	L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL					
ASSINATURA E CARIMBO:					

HDA: *agitado, alucinado, vítima de quebra de reto, intentos de pôr em dia*

Hipertensão: ( ) sim ( ) não // Diabetes: ( ) sim ( ) não //

APP:

*signos vitais: m.p. 100*

EXAME GERAL: <i>RR 15 - sputo</i>	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV: <i>RR 15 IT FC 97 bpm</i>	GLASGOW: <i>15</i>
AR: <i>RR 15 IT FC 97 bpm</i>	NUCA: <i>15</i>
ÁBDO: <i>RR 15 IT FC 97 bpm</i>	PUPILAS:
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico

Provisório: \_\_\_\_\_

Alergias: ( ) Sim: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Conduta:

- ①. *DF 3,9% - 500ml EV - 1.100cc (1), (2)*
- ②. *DF 1000ml - 1000ml EV*
- ③. *Salvo risco toxi, pôr, urinál, p. (D).*

MÉDICO(CRM)

*Raymundo Cruz*  
CRM 25878

**SECRETARIA  
DE SAÚDE  
ENCAMINHAMENTO**

Prefeitura Municipal de

**Toritama**  
A mudança começou.



1ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE

Leandro Oliveira Lins

REGISTRO N°

72.421

IDADE

32

RESIDENTE

Toritama

PARA O HOSPITAL

HR - NEURO / TRAUMA

SENHA N°

5396759

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE:

Act vítima de acidente de moto. Chegou ao serviço, trazido pelo SAMU, consciente, porém desorientado e alucinado. Foi estabilizado e realizou exame de tórax, abdomen, bexiga e pé (por lesão importante). Constata-se fratura de clavícula à direita e fraturamento ósseo na vértebra.

MS: 110 x 80 mm. FC: 90 bpm. SpO<sub>2</sub> 98% M A.A.

Hgt. 168. Neuro: pupilas isóceas e fotorreceptores MNG(+) M AHT SI SA.

Transferido para UTI, M uso de SNC e lax diurese, SpO<sub>2</sub> 98%. M A.A. para assistência da Traumatologia / Neuro no Hosp. de Pernambuco.

GR2,

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA 08/01/18

ASSINATURA DO MÉDICO

Rayana Cruz  
Médica  
CRM 25878

OBS - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação.

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

81 3741.1811

Secretaria de Saúde de Toritama  
CNPJ: 11.073.548/0001-88  
Rua João Chagas, S/N - Centro  
Toritama, Pernambuco, CEP 55125 000



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	PRONTUÁRIO: 1618456	ATENDIMENTO: 00917408
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1985	FOI ATENDIDO EM: 08/01/2018 Às	DATA DA ALTA: 16/01/2018 ÀS 14:55

### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM PE DIREITO, RESULTANDO EM FERIMENTO EXTEÑO E LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO HALUX + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID: S969 + S819 + S420

### Tratamento Realizado:

LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA  
IMOBILIZAÇÃO DE MSD

### Observação:

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA  
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS  
INICIAR FISIOTERAPIA PRECOCEMENTE  
CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (RETIRAR PONTOS DE SUTURA A PARTIR DE 25/01)  
MANTER TIPOIA AMERICANA

### Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos  
Ortopédia e Traumatologia  
CRM-PE: 25516

JOSE VINÍCIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº 25516

Recife, 15, JANEIRO ,2018

### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO PERNAMBUCANO

022-02

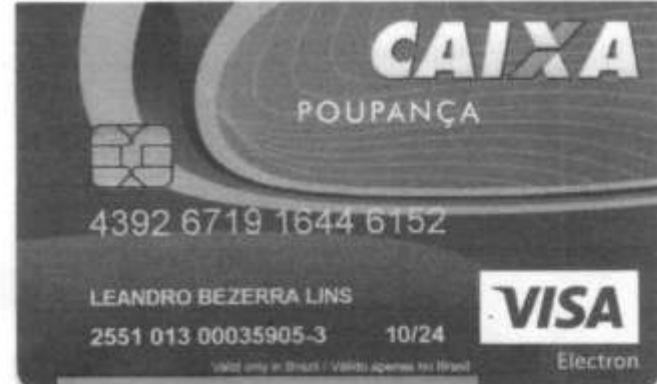
*Leandro Bezerra Lins*

LEIA-SE NO DOCUMENTO

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.336.803 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2003  
 NOME << LEANDRO BEZERRA LINS >>  
 FELAÇÃO << ARLINDO BEZERRA LINS >>  
 << ZILDA MARIA DE OLIVEIRA >>  
 NATURALIDADE ÁGUA PRETA DATA DE NASCIMENTO 13/02/1985  
 DOC. ORIGEM PE  
 << CN 10734 L A11 F 238 CART. DE ÁGUA PRETA-PE  
 24.09.1985 >>  
 07  
 LEIA-SE NO DOCUMENTO  
 LEI N°7.116 DE 29/06/83  
 F.06 44658



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALOR EM TUBO  
DE TRÂNSITO NACIONAL  
1219484604

PRÓDUTO PLASTIFICAR  
1219484604

NAME EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF 3092038 SSP PE
CPF 574.848.534-68	DATA NASCIMENTO 04/08/1986
PLAÇA AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	PERMISSÃO ACC CAT. MAR AD
Nº REGISTRO 01419783388	VALIDADE 15/12/2020
	HABILITAÇÃO 25/09/1986

OBSERVAÇÕES  
A

*[Signature]*  
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE  
*[Signature]*  
ASSINATURA DO TÉCNICO

DATA EMISSÃO  
16/12/2015  
47587078291  
28070298447

*[Signature]*  
DETRAN-PE/PERÍCIA MBIÚCOI

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO PERNAMBUCANO

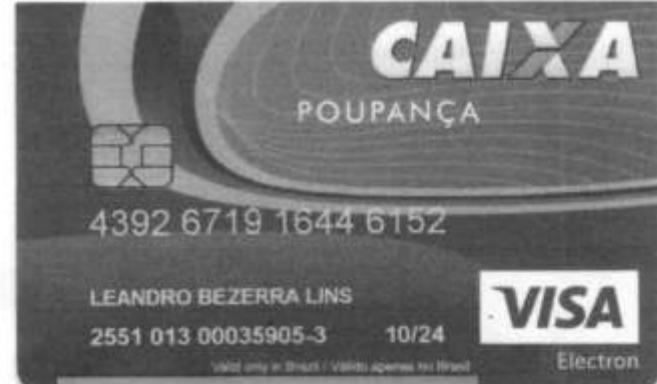
022-02

*Leandro Bezerra Lins*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.336.803 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2003  
 NOME << LEANDRO BEZERRA LINS >>  
 FELAÇÃO << ARLINDO BEZERRA LINS >>  
 << ZILDA MARIA DE OLIVEIRA >>  
 NATURALIDADE ÁGUA PRETA DATA DE NASCIMENTO 13/02/1985  
 DOC. ORIGEM PE  
 << CN 10734 L A11 F 238 CART. DE ÁGUA PRETA-PE  
 24.09.1985 >>  
 07  
 LEI N°7.116 DE 29/06/83  
 F.06 44658



VALOR EM TUBO  
DE TRÂNSITO MACHADO  
1219484604

PRONTO PLASTIFICAR  
1219484604

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF  
3092038 SSP PE

CPF  
574.848.534-68 DATA NASCIMENTO  
04/08/1986

PLAÇA  
AMARO FERNANDES DE  
OLIVEIRA SOBRINHO  
DALVANI COSTA DE  
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO ACC CAT. MAR. AD

Nº REGISTRO 014107078388 VALOR 15/12/2020 HABILITAÇÃO 25/09/1986

OBSERVAÇÕES  
A

*[Signature]*  
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE DATA EMISSÃO  
16/12/2015

*[Signature]*  
ASSINATURA DO TITULAR

47587078391  
08070298447

DET-RN-PE-PRERIM-AMB-001