



Número: **0021731-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado		
L. O. S. D. N. (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)		
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (REPRESENTANTE)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)		
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66319 121	14/08/2020 10:22	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200046382

Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

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.

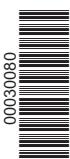
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00159/00160 - carta_01 - INVALIDEZ



00030080

Carta nº 15434052





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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200046382 **Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 21/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

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

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

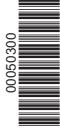
Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. Roberto de Castro Costa CRM nº 11730 - PE, da Instituição ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00599/00600 - carta_31 - INVALIDEZ



00050300

Carta nº 15481673



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS 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: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO 6 - CPF: 157.704.074-09
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA - LAGOA NOVA 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 491613907

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: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
18 - CPF do Representante Legal: 048.361.904-36 19 - Profissão do Representante Legal: R - INF.

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 19281 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (não 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 Lider pagará, caso devidamente, 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 rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, Surubim - PE 29-11-2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	157.704.074-09	LUI S OTAVIO SANTOS 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:		6 - CPF:	
LUI S OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO		157.704.074-09	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ESTUDANTE	RUA- LAGOA NOVA	78	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VILA NOVA	SURUBIM	PE	55750-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 491613907		

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:	ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA		
18 - CPF do Representante Legal:	048-361-904-36	19 - Profissão do Representante Legal:	R- INF.

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00						
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00						
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)								
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)							
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)							
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)							
AGÊNCIA: 1295	CONTA: 19 281	3						
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)						
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):								
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.								
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.								
22 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE								
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 rogo/a pedido			38 - 1º Nome: _____ CPF: _____				
				Assinatura da testemunha				
				39 - 2º Nome: _____ CPF: _____				
				Assinatura da testemunha				
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido			40 - Local e Data, Surubim - PE 29-11-2019				
				41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			43 - Assinatura do Procurador (se houver)					

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

23 - Estado civil da vítima:

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? Sim

31 - Vítima teve irmãos? Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim

Não

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Surubim - PE 29-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura da testemunha

47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha

49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha

51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha

53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha

55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha

57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha

59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha

61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha

63 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da testemunha

65 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da testemunha

67 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da testemunha

69 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da testemunha

71 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da testemunha

73 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da testemunha

75 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da testemunha

77 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da testemunha

79 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da testemunha

81 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da testemunha

83 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da testemunha

85 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da testemunha

87 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da testemunha

89 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da testemunha

91 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da testemunha

93 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da testemunha

95 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da testemunha

97 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da testemunha

99 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da testemunha

101 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da testemunha

103 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da testemunha

105 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da testemunha

107 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da testemunha

109 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da testemunha

111 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da testemunha

113 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da testemunha

115 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da testemunha

117 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da testemunha

119 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da testemunha

121 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da testemunha

123 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da testemunha

125 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da testemunha

127 - Assinatura da testemunha

128 - Assinatura da testemunha

129 - Assinatura da testemunha

130 - Assinatura da testemunha

131 - Assinatura da testemunha

132 - Assinatura da testemunha

133 - Assinatura da testemunha

134 - Assinatura da testemunha

135 - Assinatura da testemunha

136 - Assinatura da testemunha

137 - Assinatura da testemunha

138 - Assinatura da testemunha

139 - Assinatura da testemunha

140 - Assinatura da testemunha

141 - Assinatura da testemunha

142 - Assinatura da testemunha

143 - Assinatura da testemunha

144 - Assinatura da testemunha

145 - Assinatura da testemunha

146 - Assinatura da testemunha

147 - Assinatura da testemunha

148 - Assinatura da testemunha

149 - Assinatura da testemunha

150 - Assinatura da testemunha

151 - Assinatura da testemunha

152 - Assinatura da testemunha

153 - Assinatura da testemunha

154 - Assinatura da testemunha

155 - Assinatura da testemunha

156 - Assinatura da testemunha

157 - Assinatura da testemunha

158 - Assinatura da testemunha

159 - Assinatura da testemunha

160 - Assinatura da testemunha

161 - Assinatura da testemunha

162 - Assinatura da testemunha

163 - Assinatura da testemunha

164 - Assinatura da testemunha

165 - Assinatura da testemunha

166 - Assinatura da testemunha

167 - Assinatura da testemunha

168 - Assinatura da testemunha

169 - Assinatura da testemunha

170 - Assinatura da testemunha

171 - Assinatura da testemunha

172 - Assinatura da testemunha

173 - Assinatura da testemunha

174 - Assinatura da testemunha

175 - Assinatura da testemunha

176 - Assinatura da testemunha

177 - Assinatura da testemunha

178 - Assinatura da testemunha

179 - Assinatura da testemunha

180 - Assinatura da testemunha

181 - Assinatura da testemunha

182 - Assinatura da testemunha

183 - Assinatura da testemunha

184 - Assinatura da testemunha

185 - Assinatura da testemunha

186 - Assinatura da testemunha

187 - Assinatura da testemunha

188 - Assinatura da testemunha

189 - Assinatura da testemunha

190 - Assinatura da testemunha

191 - Assinatura da testemunha

192 - Assinatura da testemunha

193 - Assinatura da testemunha

194 - Assinatura da testemunha

195 - Assinatura da testemunha

196 - Assinatura da testemunha

197 - Assinatura da testemunha

198 - Assinatura da testemunha

199 - Assinatura da testemunha

200 - Assinatura da testemunha

201 - Assinatura da testemunha

202 - Assinatura da testemunha

203 - Assinatura da testemunha

204 - Assinatura da testemunha

205 - Assinatura da testemunha

206 - Assinatura da testemunha

207 - Assinatura da testemunha

208 - Assinatura da testemunha

209 - Assinatura da testemunha

210 - Assinatura da testemunha

211 - Assinatura da testemunha

212 - Assinatura da testemunha

213 - Assinatura da testemunha

214 - Assinatura da testemunha

215 - Assinatura da testemunha

216 - Assinatura da testemunha

217 - Assinatura da testemunha

218 - Assinatura da testemunha

219 - Assinatura da testemunha

220 - Assinatura da testemunha

221 - Assinatura da testemunha

222 - Assinatura da testemunha

223 - Assinatura da testemunha

224 - Assinatura da testemunha

225 - Assinatura da testemunha

226 - Assinatura da testemunha

227 - Assinatura da testemunha

228 - Assinatura da testemunha

229 - Assinatura da testemunha

230 - Assinatura da testemunha

231 - Assinatura da testemunha

232 - Assinatura da testemunha

233 - Assinatura da testemunha

234 - Assinatura da testemunha

235 - Assinatura da testemunha

236 - Assinatura da testemunha

237 - Assinatura da testemunha

238 - Assinatura da testemunha

239 - Assinatura da testemunha

240 - Assinatura da testemunha

241 - Assinatura da testemunha

242 - Assinatura da testemunha

243 - Assinatura da testemunha

244 - Assinatura da testemunha

245 - Assinatura da testemunha

246 - Assinatura da testemunha

247 - Assinatura da testemunha

248 - Assinatura da testemunha

249 - Assinatura da testemunha

250 - Assinatura da testemunha

251 - Assinatura da testemunha

252 - Assinatura da testemunha

253 - Assinatura da testemunha

254 - Assinatura da testemunha

255 - Assinatura da testemunha

256 - Assinatura da testemunha

257 - Assinatura da testemunha

258 - Assinatura da testemunha

259 - Assinatura da testemunha

260 - Assinatura da testemunha

261 - Assinatura da testemunha

262 - Assinatura da testemunha

263 - Assinatura da testemunha

264 - Assinatura da testemunha

265 - Assinatura da testemunha

266 - Assinatura da testemunha

267 - Assinatura da testemunha

268 - Assinatura da testemunha

269 - Assinatura da testemunha

270 - Assinatura da testemunha

271 - Assinatura da testemunha

272 - Assinatura da testemunha

273 - Assinatura da testemunha

274 - Assinatura da testemunha

275 - Assinatura da testemunha

276 - Assinatura da testemunha

277 - Assinatura da testemunha

278 - Assinatura da testemunha

279 - Assinatura da testemunha

280 - Assinatura da testemunha

281 - Assinatura da testemunha

282 - Assinatura da testemunha

283 - Assinatura da testemunha

284 - Assinatura da testemunha

285 - Assinatura da testemunha

286 - Assinatura da testemunha

287 - Assinatura da testemunha

288 - Assinatura da testemunha

289 - Assinatura da testemunha

290 - Assinatura da testemunha

291 - Assinatura da testemunha

292 - Assinatura da testemunha

293 - Assinatura da testemunha

294 - Assinatura da testemunha

295 - Assinatura da testemunha

296 - Assinatura da testemunha

297 - Assinatura da testemunha

298 - Assinatura da testemunha

299 - Assinatura da testemunha

300 - Assinatura da testemunha

301 - Assinatura da testemunha

302 - Assinatura da testemunha

303 - Assinatura da testemunha

304 - Assinatura da testemunha

305 - Assinatura da testemunha

306 - Assinatura da testemunha

307 - Assinatura da testemunha

308 - Assinatura da testemunha

309 - Assinatura da testemunha

310 - Assinatura da testemunha

311 - Assinatura da testemunha

312 - Assinatura da testemunha

313 - Assinatura da testemunha

314 - Assinatura da testemunha

315 - Assinatura da testemunha

316 - Assinatura da testemunha

317 - Assinatura da testemunha

318 - Assinatura da testemunha

319 - Assinatura da testemunha

320 - Assinatura da testemunha

321 - Assinatura da testemunha

322 - Assinatura da testemunha

323 - Assinatura da testemunha

324 - Assinatura da testemunha

325 - Assinatura da testemunha

326 - Assinatura da testemunha

327 - Assinatura da testemunha

328 - Assinatura da testemunha

329 - Assinatura da testemunha

330 - Assinatura da testemunha

331 - Assinatura da testemunha

332 - Assinatura da testemunha

333 - Assinatura da testemunha

334 - Assinatura da testemunha

335 - Assinatura da testemunha

336 - Assinatura da testemunha

337 - Assinatura da testemunha

338 - Assinatura da testemunha

339 - Assinatura da testemunha

340 - Assinatura da testemunha

341 - Assinatura da testemunha

342 - Assinatura da testemunha

343 - Assinatura da testemunha

344 - Assinatura da testemunha

345 - Assinatura da testemunha

346 - Assinatura da testemunha

347 - Assinatura da testemunha

348 - Assinatura da testemunha

349 - Assinatura da testemunha

350 - Assinatura da testemunha

351 - Assinatura da testemunha

352 - Assinatura da testemunha

353 - Assinatura da testemunha

354 - Assinatura da testemunha

355 - Assinatura da testemunha

356 - Assinatura da testemunha

357 - Assinatura da testemunha

358 - Assinatura da testemunha

359 - Assinatura da testemunha

360 - Assinatura da testemunha

361 - Assinatura da testemunha

362 - Assinatura da testemunha

363 - Assinatura da testemunha

364 - Assinatura da testemunha

365 - Assinatura da testemunha

366 - Assinatura da testemunha

367 - Assinatura da testemunha

368 - Assinatura da testemunha

369 - Assinatura da testemunha

370 - Assinatura da testemunha

371 - Assinatura da testemunha

372 - Assinatura da testemunha

373 - Assinatura da testemunha

374 - Assinatura da testemunha

375 - Assinatura da testemunha

376 - Assinatura da testemunha

377 - Assinatura da testemunha

378 - Assinatura da testemunha

379 - Assinatura da testemunha

380 - Assinatura da testemunha

381 - Assinatura da testemunha

382 - Assinatura da testemunha

383 - Assinatura da testemunha

384 - Assinatura da testemunha

385 - Assinatura da testemunha

386 - Assinatura da testemunha

387 - Assinatura da testemunha

388 - Assinatura da testemunha

389 - Assinatura da testemunha

390 - Assinatura da testemunha

391 - Assinatura da testemunha

392 - Assinatura da testemunha

393 - Assinatura da testemunha

394 - Assinatura da testemunha

395 - Assinatura da testemunha

396 - Assinatura da testemunha

397 - Assinatura da testemunha

398 - Assinatura da testemunha

399 - Assinatura da testemunha

400 - Assinatura da testemunha

401 - Assinatura da testemunha

402 - Assinatura da testemunha

403 - Assinatura da testemunha

404 - Assinatura da testemunha

405 - Assinatura da testemunha

406 - Assinatura da testemunha

407 - Assinatura da testemunha

408 - Assinatura da testemunha

409 - Assinatura da testemunha

410 - Assinatura da testemunha

411 - Assinatura da testemunha

412 - Assinatura da testemunha

413 - Assinatura da testemunha

414 - Assinatura da testemunha

415 - Assinatura da testemunha

416 - Assinatura da testemunha

417 - Assinatura da testemunha

418 - Assinatura da testemunha

419 - Assinatura da testemunha

420 - Assinatura da testemunha

421 - Assinatura da testemunha

422 - Assinatura da testemunha

423 - Assinatura da testemunha

424 - Assinatura da testemunha

425 - Assinatura da testemunha

426 - Assinatura da testemunha

427 - Assinatura da testemunha

428 - Assinatura da testemunha

429 - Assinatura da testemunha

430 - Assinatura da testemunha

431 - Assinatura da testemunha

432 - Assinatura da testemunha

433 - Assinatura da testemunha

434 - Assinatura da testemunha

435 - Assinatura da testemunha

436 - Assinatura da testemunha

437 - Assinatura da testemunha

438 - Assinatura da testemunha

439 - Assinatura da testemunha

440 - Assinatura da testemunha

441 - Assinatura da testemunha

442 - Assinatura da testemunha

443 - Assinatura da testemunha

444 - Assinatura da testemunha

445 - Assinatura da testemunha

446 - Assinatura da testemunha

447 - Assinatura da testemunha

448 - Assinatura da testemunha

449 - Assinatura da testemunha

450 - Assinatura da testemunha

451 - Assinatura da testemunha

452 - Assinatura da testemunha

453 - Assinatura da testemunha

454 - Assinatura da testemunha

455 - Assinatura da testemunha

456 - Assinatura da testemunha

457 - Assinatura da testemunha

458 - Assinatura da testemunha

459 - Assinatura da testemunha

460 - Assinatura da testemunha

461 - Assinatura da testemunha

462 - Assinatura da testemunha

463 - Assinatura da testemunha

464 - Assinatura da testemunha

465 - Assinatura da testemunha

466 - Assinatura da testemunha

467 - Assinatura da testemunha

468 - Assinatura da testemunha

469 - Assinatura da testemunha

470 - Assinatura da testemunha

471 - Assinatura da testemunha

472 - Assinatura da testemunha



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002821

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2019** às **10:32**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/2/2019** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SEVERINO DE SOUZA LEAL, 1** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESCOLA SANTA RITA DE CASSIA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (NOTICIANTE)
LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA**
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15770407469 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 81996096756

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 10, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA**
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6145982/SDS/PE (RG), 04836190436 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:
- 81996096756

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

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

27/11/2019



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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A SRA. ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA, NOTICIANDO QUE NO DIA 21/02/2019, POR VOLTA DAS 13:40 HORAS NA RUA SEVERINO DE SOUZA LEAL, CENTRO DESTA CIDADE, NO MOMENTO EM QUE O SEU FILHO MENOR "LUIZ OTÁVIO DOS SANTOS NASCIMENTO", EM FRENTE A ESCOLA "SANTA RITA DE CÁSSIA", ATRAVESSAVA A RUA, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS, QUE APÓS O ATROPELAMENTO FUGIU DO LOCAL, ENQUANTO O SEU FILHO SOFREU LESÕES GRAVE NA Perna DIREITA E LOGO APÓS DEU ENTRADA NO HOSPITAL SÃO LUIS, DESTA CIDADE, E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO, FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ. DIANTE DO FATO REGISTRA-SAE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

**ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
(NOTICIANTE)**

Elisangela dos Santos Ferreira

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**



27/11/2019 10:36



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 6



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002821

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2019** às **10:32**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/2/2019** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SEVERINO DE SOUZA LEAL, 1** - Bairro: **CENTRO** - **SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESCOLA SANTA RITA DE CASSIA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (NOTICIANTE)
LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA**
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15770407469 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 81996096756

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 10, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA**
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6145982/SDS/PE (RG), 04836190436 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:
- 81996096756

Residencial: **SÍTIO JUCÁ FERRADO, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

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

27/11/2019



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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A SRA. ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA, NOTICIANDO QUE NO DIA 21/02/2019, POR VOLTA DAS 13:40 HORAS NA RUA SEVERINO DE SOUZA LEAL, CENTRO DESTA CIDADE, NO MOMENTO EM QUE O SEU FILHO MENOR "LUIZ OTÁVIO DOS SANTOS NASCIMENTO", EM FRENTE A ESCOLA "SANTA RITA DE CÁSSIA", ATRAVESSAVA A RUA, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS, QUE APÓS O ATROPELAMENTO FUGIU DO LOCAL, ENQUANTO O SEU FILHO SOFREU LESÕES GRAVE NA Perna DIREITA E LOGO APÓS DEU ENTRADA NO HOSPITAL SÃO LUIS, DESTA CIDADE, E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO, FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ. DIANTE DO FATO REGISTRA-SAE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

**ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
(NOTICIANTE)**

Elisangela dos Santos Ferreira

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

J. S



27/11/2019 10:36





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	157.704.074-09	LUI S OTAVIO SANTOS 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:	6 - CPF:		
LUI S OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO	157.704.074-09		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ESTUDANTE	RUA- LAGOA NOVA	78	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VILA NOVA	SURUBIM	PE	55750-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 491613907		

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:	ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA		
18 - CPF do Representante Legal:	048.361.904-36	19 - Profissão do Representante Legal:	R- INF.

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1295	CONTA: 19 281	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Este(a) cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Surubim - PE 29-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866

Número do documento: 20081410221664300000065064866





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
157.704.074-09 LUIS OTAVIO SANTOS 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: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO 6 - CPF: 157.704.074-09
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA - LAGOA NOVA 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 491613907

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: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
18 - CPF do Representante Legal: 048.361.904-36 19 - Profissão do Representante Legal: R - INF.

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

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

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: 1295 CONTA: 19281 (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 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Este(a) cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.

<p>34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p>	<p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p>
---	--

40 - Local e Data, Surubim - PE 29-11-2019

Luisangela dos Santos Ferreira 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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, Bos. Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PEREIRA BARBOSA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LAGOA NOVA 78

CPF: 058 552 954-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISÃO
050439843	ÚNICA	13/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2019	2001695572	37722/90

DATA DE VENCIMENTO	MÊS/ANO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
20/02/2019	02/2019	15/03/2019
		TOTAL A PAGAR (R\$)
		69,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	89.000,0000	0,73479853	65,39
Contrib. Juri. Pública Municipal			3,32
Multa por atraso-NF 0488579780 - 15/01/19			0,32
Multa por atraso-NF 042852593 - 17/12/18			0,33
Juros por atraso-NF 0488579780 - 15/01/19			0,03
Juros por atraso-NF 042852593 - 17/12/18			0,19
Compensação FIC Anual 2018			-0,06

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
93972985	CAT.	18/01/2019	11.148,60	13/02/2019	11.244,00	28	1.000000 69,53

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano	Consumo (kWh)
FEV19	89
JAN19	30
DEZ18	30
NOV18	30
OUT18	30
SET18	30
AGO18	30
JUL18	30
JUN18	30
MAR18	30
ABR18	30
MAR18	30
FEV18	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

PERÍODO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	16,79	25,00
PIS	95,39	0,71
COFINS	86,28	2,21

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Ativo (kWh)	0,52158000

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Generação de Energia	R\$	30,77
Transmissão	R\$	3,07
Distribuição	R\$	14,37
Perda de Energia	R\$	6,31
Emergências Sistêmicas	R\$	0,75
Trifásico	R\$	19,88
Total	R\$	61,39
		100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço no ponto mais pertinho ao local da medida do barômetro do consumo, em local de sua preferência, a leitura. Caso contrário, este comprovante em minha posse, com o "Ata de leitura a distância em vigor à data da leitura". Mais informações em: www.anelc.gov.br. O cliente é responsável quando há variação no consumo de individual ou de nível de fornecimento. Peço que o leitor compareça ao endereço: Rua 25 de Março, nº 1000, Centro, Aracaju, SE, 49000-000, e apresente a documentação no endereço, mais leitura do CTE, conforme Art. 8º, X, VIII, a, 21, do ANEEL/PE. O cliente é responsável quando há descompliance do prazo definido para a realização de atestamento comprovado.

A A COMPAGNIE GÉNÉRALE DE BRASIL, S.A. (CGB), é a única concessionária de energia elétrica no Estado de Pernambuco, que presta serviços de distribuição e fornecimento de energia elétrica à disposição de todos para uso doméstico, industrial, comunitário e agrícola. Mais informações em: www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR APURADO (R\$/kWh)	LÍMITE MENSAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
EDC	0,00	5,55	11,00	22,00
FIC	0,00	3,42	6,88	13,76
DMC	0,00	3,21	0,00	0,00

Límite (DCR) 12,22 R\$/kWh - Valor do Encargo de Uso da Sist. de Distribuição R\$ = R\$ 24,50

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

69,53

83820000000-2 69530011004-3 00229185710-4 13825444113-4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 12

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Adriana M. Moura de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elizangela dos Santos Fernandes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.362.904-36, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Adens Otávio Santos do Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 157.704.074-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua São Botista	Número	370	Complemento
Bairro	centro	Cidade	Surubim	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	9-91613907	Telefone celular (DDD)

Surubim-PE 29 de novembro de 2019
Local e Data

Adriana M. Moura de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 15



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM
Rua Maria Barbosa S/Nº, Centro, Surubim – PE
Fone: 81 – 36341621 Fax: 3634-1461
CNPJ 11.754.025/0001-05
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO, deu entrada neste serviço no dia 21/02/19, após pancada de moto, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Otavio de Freitas, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 18 de outubro de 2019.


Adriana Olívia Cabral
Funcionária Encarregada



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 16

→ HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

correto

Atendimento: 119/29420 Data: 21/02/2019 13:28
Convênio: SUS Matrícula:
Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Recep: SIDILENE
Setor: URGENCIA/EMERGÊNCIA
Cartão SUS.

Registro: 301331
Paciente: LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO
Nascimento: 06/02/2013 - Idade: 6 anos
Endereço: SITIO JUCA FERRADO
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: SURUBIM
Pai: JOSE LEONARDO DO NASCIMENTO
Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Est. Civil: Solteiro(a)

Prontuário: 0
Cor: Parda
Sexo: Masculino
Nº C.P.F. _____
Cep: _____ Identidade: /
UF: PE Telefone: 91330342
G. instrução: _____
Ocupação: MENOR
Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

Do. de febre - febre

pe. que entrou qm' p'nto de nato

de 6 dias

febre em dia D

ca. de

inhaler

Exames Complementares:

S. 5625217

4.602

radiografia
Medico
CR/PE 1306

Hip Diagnóstica / Cid:

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

Assinatura e Carimbo do Médico



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM
Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO BOM DESPACHO
INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:
Nome do Paciente:	Luis Carlos da Silva		
Quadro Clínico:			
Diagnóstico:	Safra foliculogênio. Disc		
1.º REMOÇÃO			
Destino:	Rj - Rio de Janeiro	Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):	Transferência - f-6		
Assinatura do Responsável:	FRANCISCO EUGENIO H. DE AQUINO Medico CRM-PB 14939		N.º do CRM: 15000 Data: 16/09/19
2.º REMOÇÃO			
Destino:		Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:			N.º do CRM: Data:
3.º REMOÇÃO			
Destino:		Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:			N.º do CRM: Data:
4.º REMOÇÃO			
Destino:		Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):			
Assinatura do Responsável:			N.º do CRM: Data:
Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:		
Especificação do Atendimento Prestado:			
Assinatura do Responsável:			N.º do CRM: Data:





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO Atendim
Data Nasc.: 08/02/2013 Idade: 6 N
CPF: RG: MASCUL
Endereço: SITIO JUCA FERRADO
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM
CEP: 55750000 Fone: 558195643404
Acompanhante:
Nome da Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Nome do Conjugue:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3302344

Prontuário: 1080682

Nome Social:

Cor: PARDA

Religião:

CNS:70

98-102400042859126

Nº 0

Estado: PE

E
VISTO
1-01-
VERIFICADO
OEM
22/01/11

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/02/2019 16:09

Médico: MEDICO PLANTONISTA

ATENDIMENTO

Exame Físico:

PA: EC: ER:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dleta:

Data

Horário

de 2

26.02.19

1416



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM
 Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO BOM DESPACHO
 INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE

562527 LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE SURUBIM

Unidade de Saúde:	Município:	Região de Saúde:		
Nome do Paciente:				
Quadro Clínico:				
Diagnóstico:	Tentu fraca pula Dine			
1.º REMOÇÃO	Destino: Pj. São Luiz Faz	Município: Sur	H. de Saída	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): Tentu fraca pula			
	Assinatura do Responsável: <i>Ju</i>	N.º do C.R.M. CRM-PE 13090	Data: 26/04	
2.º REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:	
3.º REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:	
4.º REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:	
Unidade Prestadora do Atendimento:			Município:	
Especificação do Atendimento Prestado:				
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:		



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2
Data e hora retirada da senha: 21/02/2019 15:59

Nome Paciente:	LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:	1080682
Data de Nascimento:	08/02/2013
Sexo:	Masculino
Idade:	6
Senha:	EA0029
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3302344
SAME:	1080682

Periodo: 21/02/2019 16:11 - 21/02/2019 16:12

CARLA VASCONCELOS NETTO DE SIQUEIRA - COREN: 305767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HOJE

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CARLA VASCONCELOS NETTO DE SIQUEIRA - COREN: 305767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/02/2019 16:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 21



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO Idade: 6 Anos 0 Mês 14 Dias Nasc. 08/02/2013
Sexo: MASCULINO CNS: 702406042859126 Contatos: 81. 95643404 | Celular: 81.
Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Endereço: SITIO JUCA FERRADO , N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/02/2019 06:01

Prontuário: 1080682

Nº. Atendimento: 3302431

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

EMERGENCIA PEDIATRICA-E PED 19

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

CIRURGIA PROPOSTA:

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA TÍBIA D

CIRURGIA REALIZADA:

A MESMA

DIAGNOSTICO INICIAL:

FRATURA DA TÍBIA D

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

O MESMO

TERCERIENCIA:

CIRURGIAO: DR. GEORGE ROCHA
1º AUXILIO: DR. ANDRE PALITOT
ANESTESISTA: DRA. CECILIA

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15398 / EOT 11537

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprigio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 22



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO Idade: 6 Anos 0 Mês 14 Dias Nasc. 08/02/2013
Sexo: MASCULINO CNS: 702406042859126 Contatos: 81. 95643404 | Celular: 81.
Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Endereço: SITIO JUCA FERRADO , N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/02/2019 06:01
Prontuário: 1080682
Nº. Atendimento: 3302431
Serviço: ORTOPEDIA E
Enfermaria/Leito:
EMERGENCIA PEDIATRICA-E PED 19
Médico:
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

CIRURGIA PROPOSTA:

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA TIBIA D

CIRURGIA REALIZADA:

A MESMA

DIAGNOSTICO INICIAL:

FRATURA DA TIBIA D

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

O MESMO

TERCERIZAÇÃO:

CIRURGIAO: DR. GEORGE ROCHA
1º AUXILIO: DR. ANDRE PALITOT
ANESTESISTA: DRA. CECILIA

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-45896 TEOT 11537

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMACAO

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 23

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: GEORGE ROCHA FERREIRA

Em 22/02/2019 09:57

Paciente: 1080682 - LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Idade: 6 Anos 0 Mês 14 Dias

Data de Nascimento: 08/02/2013

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 12345

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3302431

Leito: EMERG PED 19

Admissão: 22/02/2019 06:01

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 467889 (FECHADO)

Responsável: GEORGE ROCHA FERREIRA - CRM 15896 / Data de Referência: 22/02/2019
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Data/Hora do Documento: 22/02/2019 09:55

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO DE FRATURA DA TÍBIA D SOB ANESTESIA.
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS..
SOLICITO RX DE CONTROLE

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11517
GEORGE ROCHA FERREIRA
CRM 15896

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO Idade: 6 Anos 0 Mês 13 Dias Nasc.: 08/02/2013
Sexo: MASCULINO CNS: 702406042859126 Contatos: 81. 95643404 | Celular: 81.
Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Endereço: SITIO JUCA FERRADO , N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Alend.: 21/02/2019 16:09
Prontuário: 1080682
Nº. Atendimento: 3302344
Serviço: CIRURGIA
Enfermaria/Leito:
Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

— Queixa Principal

DOR E DEFORMIDADE EM Perna Direita APOS ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA

— História Clínica

DOR E DEFORMIDADE EM Perna Direita APOS ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA HOJE

— Exame Físico

SEM FERIMENTOS.
NEUROVASCULAR PRESERVADO

— Observações

— Conduta

INTERNO PACIENTE PARA REDUÇÃO SOB SEDAÇÃO

ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA - CRM: Nº.20645

Dra. Lecia Lima
Cirurgia da Perna
CRM 20645

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 25

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: <u>Leuz Otávio Narciso</u>			
CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
22/02	19:10h	- Plantão Pediatra -	
Id = 6m		10:30h	
Peso = 25kg			
		Hb - Feratina na frâne e Tibia D	
		DS	Febre f diurese (t) vomos f evacuação: x
			Em diete zero Nege <u>alergias</u>
		DS	des empolso, apetite, ludibriado. Ar bu normal. Aus nar, sonf s/som AS audição de melul.
		SNE	MS D Inubilizado, som suo perfusão
			① Depur em diete zero e a grande insuflamento laringeas
			② Náuseas recente de pred curas
			<i>Medida Eletrostatica 11/02/2020</i>
22.02.19		Mau evolu bem, consciente, calmo, ativo, reativo, ludibriado, corado, espurco, apetite, fala grande em MID, nege alergias, dieta zero, MSD e HDT. Enc. av BC.	
22.2.19		Recebeu alta hospitalar. Oriento revisão 20d, levar Rx.	

003-HGOF



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/02/19		A 06:10 +
		Paunho na guia.
		EEG, dupnico, Coracob, omofalo.
		SNV → morte.
		Re: controle para D → Def de recluso alegado
		Ex: Pta c/ dentição · fulgurc
		As fundações
		Br. Ricardo M. Capaldi Ortop. 10/01/2019 CRH-1/BOT TEC-19539





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO Idade: 6 Anos 0 Mês 14 Dias Nasc. 08/02/2013
Sexo: MASCULINO CNS: 702406042859126 Contatos: 81. 95643404 | Celular: 81.
Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Endereço: SITIO JUCA FERRADO , N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 22/02/2019 06:01
Prontuário: 1080682
Nº. Atendimento: 3302431
Serviço: ORTOPEDIA E
Enfermaria/Leito:
EMERGENCIA PEDIATRICA-E PED 19
Médico:
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03302431	01080682
NOME DO PACIENTE:		SITUAÇÃO CIRURGIA:	
LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO			
TIPO DE ANESTESIA:		COM CEC:	COM ROBÓTICA:
GERAL ENDOVENOSA PURA			
CID FINAL:			
Procedimento			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:		DATA / HORA FINAL:	
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA:			
<p>1. DDH SOB ANESTESIA 2. REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA SOB TRAÇÃO MANUAL 3. COLOCAÇÃO DE GESSO COXOPODÁLICO MID 4. RX DE CONTROLE</p>			

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimaraes, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 28



**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
SURURIM - PE**

CNPJ: 11.426.548/0001-01

Rua Cônego Benigno Lira, s/n - Fórum

CEP: 55.750-000

Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues

Oficiala Designada

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Substituta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues

Substituta

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

LUÍS OTÁVIO SANTOS DO NASCIMENTO

MATRÍCULA

0766790155 2013 1 00044 080 0045975 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENO

DIA

MÊS

ANO

oito de fevereiro de dois mil e treze

08

02

2013

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE FEDERAÇÃO

05:20

Surubim-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO SEXO

Surubim - PE

no Hospital São Luiz, desta Cidade de Surubim-PE

masculino

FILIAÇÃO

José Leonardo do Nascimento e Elisângela dos Santos Ferreira

AVÓS

Avós Paternos: Linaldo Francisco do Nascimento e Maria de Jesus do Nascimento

Avós Maternos: Otávio José dos Santos e Severina Francisca Nascimento dos Santos

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

X-X-X-X-X

DATA DO REGISTRO POR EXTENO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

sete de março de dois mil e treze

30-61289226-5

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

1ª VIA. ATO GRATUITO. Registro lavrado no Lv. A-44, fls. 80, nº45.975.



Válido Somente com o selo de
Autenticidade e Fiscalização.

Cartório do Registro Civil da Comarca de Surubim

Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues - Oficiala designada

Maria Genoveva Ramos Albuquerque - 1ª Substituta

Rua Cônego Benigno Lira, s/n - Centro - Fórum

Surubim/PE - CEP: 55.750-000

O conteúdo da Certidão é verdadeiro.

Dou Fé.

07 de março de 2013

OFICIAL

Maria Genoveva Ramos Albuquerque



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
157.704.074-09

Nome
LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Nascimento
08/02/2013



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 31



048 361 904-36



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 32



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **048.361.904-36**

Nome: **ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA**

Data de Nascimento: **23/02/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **07/06/2001**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:27:41** do dia **14/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6E68.9D7D.6418.B0AA**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428047/19

Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 157.704.074-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/02/2019

Titular do CPF: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA : 048.361.904-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 02/12/2019

Data do cadastramento: 02/12/2019

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

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:22:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410221664300000065064866>
Número do documento: 20081410221664300000065064866

Num. 66319121 - Pág. 34

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200046382 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO **Data do acidente:** 21/02/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO REALIZADO COM REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA, COM COLOCAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA COXO-PODÁLICO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME PARECER DA PERÍCIA MÉDICO PRESENCIAL REALIZADA NO DIA 11/12/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200046382 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO **Data do acidente:** 21/02/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO REALIZADO COM REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA, COM COLOCAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA COXO-PODÁLICO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME PARECER DA PERÍCIA MÉDICO PRESENCIAL REALIZADA NO DIA 11/12/2019.

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: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.145.982 SSP/PE - CPF 048.361.904-36
DATA DO ACIDENTE: 21/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO - CPF:157.704.074-09
ENDEREÇO: RUA LAGOA NOVA, 78, VILA NOVA, SURUBIM - 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 CONSTITUÍO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

SURUBIM- PE 13 DE MARÇO 2019

 Elisângela dos Santos Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.145.982 SSP/PE - CPF 048.361.904-36
DATA DO ACIDENTE: 21/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO - CPF:157.704.074-09
ENDEREÇO: RUA LAGOA NOVA, 78, VILA NOVA, SURUBIM - 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**.

SURUBIM- PE 13 DE MARÇO 2019

 Elisângela dos Santos Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038644/20

Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 157.704.074-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/02/2019

Titular do CPF: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA : 048.361.904-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

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: 28/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020
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-0428047/19

Vítima: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 157.704.074-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/02/2019

Titular do CPF: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA : 048.361.904-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

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: 02/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

