



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	ANEXO 1	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,

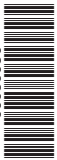
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15434052

Pag. 00159/00160 - carta_01 - INVALIDEZ

00030080





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





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 ASI: 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: 048.362.904-36 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:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 Líder 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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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)

FPS.001 V002/2019





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 ASI: 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): 991613907

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: 048.362.904-36 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:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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)

FPS.001 V002/2019





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 - Culposos (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 PUBLICA**

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:
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA Pai: **JOSÉ LEONARDO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **8/2/2013**
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15770407409 (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**
FRANCISCA NASCIMENTO DOS SANTOS Pai: **OTÁVIO JOSÉ DOS SANTOS** Data de Nascimento: **23/2/1974**
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 21/025 /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)

Elisângela dos Santos Ferreira

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



27/11/2019 10:36





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 - Culposos (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 PUBLICA**

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:
ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA Pai: **JOSÉ LEONARDO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **8/2/2013**
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15770407409 (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
FRANCISCA NASCIMENTO DOS SANTOS Pai: **OTÁVIO JOSÉ DOS SANTOS** Data de Nascimento: **23/2/1974**
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 21/025 /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)

Elisângela dos Santos Ferreira

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



27/11/2019 10:36





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 ASI: 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): 991613907

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: 048.362.904-36 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:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta é a condição de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando o 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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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)

FPS.001 V002/2019





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | 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)

FPS.001 V002/2019





Tarifa Social de Energía Eléctrica Creada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO - CENIPA

Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE. CEP 51010-000

CNPJ 13.832.932/0001-00 | Ins. Est. 0005843-93 | www.cnpq.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALFONSO A. MORALES DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 545 734 444-04

CENTROSLER, RM

SUBJ: PE

CLASSIFICAÇÃO
DE FREQUÊNCIA DE
RESIDUACÃO

7005749888 10/2019

14/10/2019 07/11/2019

TOTAL A. RAGAM (RE)	102,74
---------------------	--------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abastecimento	100.0000000	0.81089952	81.09
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5.01
Contrib. Ann. Publica Municipal			8.84
RMS Subvenção C.T.E. - NF 080234779-040/19			0.78
RMS Subvenção C.T.E. - NF 073044282-0508/19			0.80
Multa por atraso - NF 070940384 - 0408/19			1.36
Anos por atraso - NF 070940384 - 0408/19			0.11
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DIA FATIGADA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
837914	LAT	04-09-2019	36.136.00	07-10-2019	36.237.00	33	1.00000		100.00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Q3 2019	Q3 2018	%
Transmissão	R\$ 3,71	3,47%	
Distribuição (Cargas)	R\$ 10,81	31,07%	
Perdas de Energia	R\$ 6,17	8,53%	
Energias Interinas	R\$ 6,61	6,96%	
Tributos	R\$ 24,90	32,23%	
Total	R\$ 53,20	100%	

DESPESAS APLICADAS

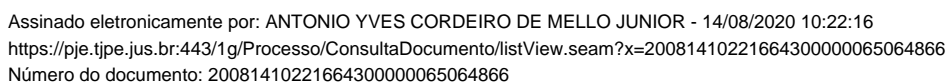
Descrição	Q3 2019	Q3 2018	%
Saldo de Caldeio	R\$ 0,00	25,00	33,33%
ICMS	R\$ 0,00	1,29	1,29%
PIS	R\$ 0,00	0,86	0,86%
Cofins	R\$ 0,00	0,86	0,86%

PHARMACOLOGICAL IMPORTANCE

[illegible]

As a result, the person who
has been identified as the
author of the document
is not responsible for the
content of the document.
The person who has
been identified as the
author of the document
is not responsible for the
content of the document.

CELPE
Serviços



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0055943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PEREIRA BARROSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LAGOA NOVA 78

CPF: 058 552 954-00

VILA NOVALAGOA NOVA
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050436643	UNICA	13/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/03/2019	2001895572	3772390

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4002291857	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	QUOTA PROPOSTA PROXIMA LETURA
20/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	69,53

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (MWh)	88,0000000	0,73470653	65,39
Contrib. Sum. Pública Municipal			3,32
Multa por atraso-UF 048679780 - 15/01/18			0,32
Multa por atraso-UF 042662583 - 17/12/18			0,33
Juros por atraso-UF 046679750 - 15/01/18			0,61
Juros por atraso-UF 042662580 - 17/12/18			0,19
Compensação FIC Anual 2018			-0,06

TOTAL DA FATURA

EQ 53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00875550	CAT.	10-01-2019	11.165,00	13-02-2019	10.244,00	28	1.00000		89,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Cases (per month)
FEB 19	28
JAN 19	30
DEC 18	10
NOV 18	10
OCT 18	10
SEP 18	10
AUG 18	10
JUL 18	10
JUN 18	10
MAY 18	30
APR 18	10
MAR 18	10
FEB 18	10

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	68,78	25,00	18,34
PIS	68,30	0,71	0,48
COFINS	68,30	3,31	2,28

continued on p. 10

COMPOSIÇÃO DO PIB CRIOLANDO		
Setor de Energia	R\$ 20,37	31,74%
Indústria	R\$ 3,10	4,82%
Agricultura (I)	R\$ 14,37	21,98%
Serviços de Energia	R\$ 4,52	6,91%
Serviços Setoriais	R\$ 3,70	5,64%
Outros	R\$ 14,98	22,91%

TARIFAS APLICADAS

Consumption (kWh)	0.52190100
-------------------	------------

RESERVADO AO DISCO

0301 A730 79AF 2382 A48E A43T A73T F310

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible]

1. 本計畫係以「臺灣省立美術館」為主要研究對象，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題。

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR APROVADO (em R\$ mil)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
EPIC	0,06	5,56	11,10	33,30
FIC	0,00	3,43	6,86	13,70
DMAC	0,00	3,30	(1,00)	0,00

niveau de revenu

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	inferior	superior
770	702	731

Leita-DICRI 12.22 RUSD - Valor do Encargado de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 24,40

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4002281867	02/2019	20/02/2019	69,53

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





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50150-002
 CNPJ 15.838.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ALVARA MARIA DA SILVA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 945.734.444-04

CENTRO SURUBIM
 SURUBIM PE
 55750-000

CLASSIFICAÇÃO
 DE FISCALIDADE
 RESIDENCIAL

CONTA SOCIAL
 7005749888 10/2019
 DATA DE EMISSÃO: 14/10/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 07/11/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$): 102,74

NOTA FISCAL	SÉRIE	PERÍODO
019.20037	012. A	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DE CLIENTE	Nº DA NOTALOGAR
07/10/2019	2011100333	375.0000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Vh)	109,0000000	0,81089853	87,55
Adesão em Bandeira AMARELA			0,50
Adesão em Bandeira VERMELHA			5,01
Contribuição Social Municipal			8,54
ICMS Subvenção CDE NF 060234779-54/07/19			0,78
ICMS Subvenção CDE NF 073044387-05/08/19			0,80
Multa por atraso NF 070940364-04/08/19			1,35
Juros por atraso NF 070940364-04/08/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	DATA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
837914	LAT	04/10/2019	26/10/2019	07/10/2019	26/10/2019	1,0000	109,00

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
OUT 19 - 109		
SET 19 - 81		
AGO 19 - 113		
Jul 19 - 113		
JUN 19 - 163		
Mai 19 - 163		
ABR 19 - 172		
MAR 19 - 166		
FEV 19 - 163		
JAN 19 - 133		
DEZ 18 - 174		
NOV 18 - 185		
OUT 18 - 133		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Não é possível emitir a conta de energia elétrica sem a presença do cliente ou representante legal no ato da emissão da conta. Caso contrário, a conta será emitida com base em dados fornecidos pelo cliente, sob a responsabilidade deste. O cliente é responsável por verificar a correta emissão da conta e, em caso de divergência, deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco para esclarecimentos.

CELPE
 Serviços



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0055943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PEREIRA BARROSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LAGOA NOVA 78.

CPF: 058 552 954-00

VILA NOVALAGOA NOVA
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050436643	ÚNICA	13/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/03/2019	2001895572	3772390

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4002291857	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	QUOTA PROPOSTA PROXIMA LETURA
20/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	69,53

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(WAtH)	88.0000000	0.73476R53	65.39
Contrib. Rum. Pública Municipal			3.32
Multa por atraso-NF 0426579750 - 15/01/19			0.32
Multa por atraso-NF 0426575693 - 17/12/18			0.33
Juros por atraso-NF 046679750 - 15/01/19			0.63
Juros por atraso-NF 0426575693 - 17/12/18			0.19
Compensação FIC Anual 2018			-0.06

TOTAL DA FATURA

EQ 53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00875550	CAT.	10-01-2019	11.165,00	13-02-2019	10.244,00	28	1.00000		89,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Cases (per month)
FEB 19	28
JAN 19	30
DEC 18	10
NOV 18	10
OCT 18	10
SEP 18	10
AUG 18	10
JUL 18	10
JUN 18	10
MAY 18	30
APR 18	10
MAR 18	10
FEB 18	10

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	66,28	25,00	16,57
PIS	66,30	0,70	0,46
COFINS	66,30	3,30	2,19

continued on p. 10

COMPOSIÇÃO DO PIB CRIANDO		
Setor de Energia	R\$ 20,37	31,74%
Indústria	R\$ 3,10	4,82%
Agricultura (I)	R\$ 14,37	21,98%
Serviços de Energia	R\$ 4,52	6,91%
Serviços Setoriais	R\$ 3,70	5,64%
Outros	R\$ 14,98	22,91%

TARIFAS APLICADAS

Consumption (kWh)	0.52190100
-------------------	------------

RESERVADO AO FISCO

0301 A730 19AF 2302 A48E A43T A73T F310

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no portão mais perto de você! Formosa do Barro do coureiro, no mês de aniversário guerreiro 125 aniversário da república, a cidade tem a oportunidade de fazer o seu aniversário. A cidade de Formosa do Barro do coureiro, no mês de aniversário guerreiro 125 aniversário da república, a cidade tem a oportunidade de fazer o seu aniversário. A cidade de Formosa do Barro do coureiro, no mês de aniversário guerreiro 125 aniversário da república, a cidade tem a oportunidade de fazer o seu aniversário.

1. 本計畫係以「臺灣省立美術館」為主要研究對象，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題，以「臺灣省立美術館」之發展為研究主題。

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONTRACTS	VALUE APPROX \$ MILION	LIMIT ANNUAL	LIMIT TRIMESTRAL	LIMIT ANUAL
ENG	0.00	5.55	11.10	22.20
FIN	0.00	3.43	6.86	13.70
IMAC	0.00	0.30	0.30	0.00

Niveau de réponse

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	inferior	superior
770	702	731

Leitura DCRN 12,22 Fuso - Valor do Encargado pelo Usuário do Sistema de Distribuição - R\$ 24,40

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4002281867	02/2019	20/02/2019	69,53

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



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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Mª Moura de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444-04/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elisângela dos Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.362.904/36 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima João Otávio Santos do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 152.704.074/09, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua João Batista</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Sumaré</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>9-91613907</u>	Telefone celular(DDD) <u>9-97001998</u>

Sumaré-PE 29 de novembro de 2019
Local e Data

Adriana Mª Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017





ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE

Fone: 81 – 36341624 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
Funcionaria Encarregada



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

conceder

Atendimento: 119/29420

Data: 21/02/2019 13:28

Recep: SIDILENE

Convênio: SUS

Matrícula:

Setor: URGENCIA/EMERGENCIA

Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Cartão SUS:

Registro: 301331

Paciente: LUIZ OTAVIO DOS SANTOS NASCIMENTO

Prontuário: 0

Nascimento: 06/02/2013 - Idade: 6 anos

Cor: Parda

Endereço: SÍTIO JUCA FERRADO

Sexo: Masculino

Bairro: ZONA RURAL

Nº

C.P.F. . . .

IBGE/Cidade: SURUBIM

Cep: -

Identidade: /

Pai: JOSE LEONARDO DO NASCIMENTO

UF: PE

Telefone: 91330342

Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA

G. instrução:

Est. Civil: Solteiro(a)

Ocupação: MENOR

Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

*Do. Super. Infec. - diarreia
sem sinais gerais, febre de 38,5°C
do 1º dia
Exame em 1º dia
C. E.
Imunizar*

Exames Complementares:

*S. 5625217
H. 605*

7
Medico
CRM-PE 1300

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: <i>Luiz Carlos de Souza</i>			
Quadro Clínico:			
Diagnóstico: <i>Tumor fúngico no Dente</i>			
1.ª REMOÇÃO	Destino: <i>H. de São João</i>	Município: <i>Surubim</i>	H. de Saída: H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Tumor fúngico - f-b</i>		
	Assinatura do Responsável: <i>Francisco Eudes K. de Aquino</i> CRM-PE 13991	N.º do C.R.M.: <i>3000</i>	Data: <i>31/00/19</i>
2.ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:
3.ª REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída: H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.:	Data:
4.ª 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 OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO
Data Nasc.: 08/02/2013 Idade: 6 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 702406042859126
Endereço: SÍTIO JUCA FERRADO
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Nº: 0
CEP: 55750000 Fone: 558195643404 Estado: PE
Acompanhante: Celular: Profissão:
Nome da Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UATO
NOTIFICADO
06/02/19

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/02/2019 16:09

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

de 2

26.02.19
mide



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

5625217 LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE SURUBIM

Unidade de Saúde:				Município:		Região de Saúde:	
Nome do Paciente: <i>Luiz Otávio da Silva</i>							
Quadro Clínico:							
Diagnóstico: <i>Síndrome febril aguda Dire</i>							
1.ª REMOÇÃO	Destino: <i>Rg. São João de São</i>			Município: <i>João</i>		H. de Saída: <i></i>	
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Tam. febre aguda</i>						
	Assinatura do Responsável: <i>[Assinatura]</i>			N.º do C.R.M.: <i>13060</i>		Data: <i>21/02/19</i>	
2.ª REMOÇÃO	Destino:			Município:		H. de Saída:	
	Motivo (Registro Detalhado):						
	Assinatura do Responsável:			N.º do C.R.M.:		Data:	
3.ª REMOÇÃO	Destino:			Município:		H. de Saída:	
	Motivo (Registro Detalhado):						
	Assinatura do Responsável:			N.º do C.R.M.:		Data:	
4.ª REMOÇÃO	Destino:			Município:		H. de Saída:	
	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

Período: 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





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

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DA TÍBIA D

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

O MESMO

TERCORRÊNCIA:

CIRURGIÃO: DR. GEORGE ROCHA
1º AUXÍLIO: DR. ANDRÉ PALITOT
ANESTESISTA: DRA. CECÍLIA

ÓRTESE E PRÓTESE:

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11637

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO

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





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUIS OTAVIO SANTOS DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO
Mãe: ELISANGELA DOS SANTOS FERREIRA
Endereço: SÍTIO JUCA FERRADO, N.º 0 - BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Idade: 6 Anos 0 Mês 14 Dias
Contatos: 81. 95643404 | Celular: 81.

Nasc. 08/02/2013

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DA TÍBIA D

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

O MESMO

INTERCORRÊNCIA:

CIRURGIÃO: DR. GEORGE ROCHA
1º AUXÍLIO: DR. ANDRÉ PALITOT
ANESTESISTA: DRA. CECÍLIA

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 CONFIRMAÇÃO

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



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 /
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 22/02/2019
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 11537

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. 9564340- | 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.: 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. Leticia
Cirurgia da Mão
CRM 20645

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



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Luiz Otávio Nascimento		
CLÍNICA:	ENF.: LEITO:	
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/02	19 7:10	Plantação Pediatra.
sd= br		10:30 H
Peso= 25 kg.		HSD - Ferida na região da Tíbia D
		Em dieta zero
		Nega alergias
		vacinas em dia.
		SOB, eufórico, afável, hidratado.
		em um nível.
		sem dor, sem S/SOM
		AD ausência de melhora.
		SNE - M.D. Imobilizado, com leve
		perfusão
		sd) ① Repõe em dieta zero
		e aguarda procedimento
		cirúrgico
		② Necessário restrição de
		preensão.
		Elisabete Cristina CRM 217 Médica
02.02.19		Menor evolui bem, consciente, calmo, ativo, reativo, hidratado, corado, eufórico, afável, fala gentis em HSD, nega alergias, dieta zero, HSD e HDT. Enc. ao BC.
22.2.19		Recebeu alta hospitalar. Orientação para casa, levar Rx.

003-HGOF



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/02/19		<p>A ORTO &</p> <p>Paciente em quies.</p> <p>EGG, duplas, Coraco, Confido.</p> <p>SNV -> novel.</p> <p>Re controle para D -></p> <p>Oletide redução adequada</p> <p>CS - pte - / dentista</p> <p>Juliana</p> <p>As Indicações.</p>
		<p>Dr. Ricardo M. Dupaldi</p> <p>Ortop. Jotovo</p> <p>CRM-1/804 TEL. 13539</p>

Dr. Ricardo ~~_____~~ Dupald
Ortop. ~~_____~~ Octovelo
CR-11/804 TEL-13539





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

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

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

DESCRIÇÃO 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:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

1. DDH SOB ANESTESIA
2. REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA SOB TRACÇÃO MANUAL
3. COLOCAÇÃO DE GESSO COXOPODÁLICO MID
4. RX DE CONTROLE

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11537

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





**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
SURUBIM - PE**

CNPJ 11.426.848/0001-01
Rua Cônego Benigno Lira, s/n - Fórum
CEP 55.750-000

Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues
Oficial Designada
Assinada por Maria Genoveva Ramos Albuquerque
Substituta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

LUÍS OTÁVIO SANTOS DO NASCIMENTO

MATRÍCULA

0766790155 2013 1 00044 080 0045975 92

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA

MÊS

ANO

oitto 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 EXTENSO

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO PÚBLICO
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA
SECRETARIA DE JUSTIÇA

PE

ADRIANA MARIA MOIRA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOIRA

ISMARTE FERREIRA DE MOIRA

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
3

Nº REGISTRO
02378605879

VALIDADE
08/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana Maria de A. Fernandes

ASSINATURA DO PROSECUTOR

LOCAL
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Chelton Anderson Santa Rêbira
Diretor Presidente

ASSINATURA DO PROCURADOR

PERNAMBUCO

53386785000
PE078665272

1421884961

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA





048 361 904-36





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**

Digito 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.)

14/10/2019 11:2



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

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/02/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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 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)



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

ANA 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

