

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

---

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200001143

Vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **001**

Agência: **000000582-7**

Conta: **000010039720-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200001143

Vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 15419810

Pag. 01925/01926 - carta\_09 - INVALIDEZ



00040963

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200001143      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA VITORIA FLORENTINO DIAS      **Data do acidente:** 09/08/2019      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 08/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA. P.7,10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.8,9

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 159 034 084-19 3 - CPF da vítima: 159 034 084-19 4 - Nome completo da vítima: ANA VITÓRIA FLORENTINO DIAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<u>ANA VITÓRIA FLORENTINO DIAS</u>		6 - CPF:	<u>159.034.084-19</u>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	<u>RUA JOÃO FELIX FILHO</u>	9 - Número:	<u>413</u>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	<u>SURUBIM</u>	13 - Estado:	<u>PE</u>
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: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO  
 18 - CPF do Representante Legal: 095.916.384-00 19 - Profissão do Representante Legal: REC. 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"/> RECUZO 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)

AGÊNCIA: 0582 CONTA: 39.720 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valêncas)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

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

34  
Impressão  
Assinatura  
Vítima ou  
Beneficiário  
que assina este  
pedido

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 05/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 159 034 084-19 3 - CPF da vítima: 159 034 084-19 4 - Nome completo da vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<u>ANA VITORIA FLORENTINO DIAS</u>		6 - CPF:	<u>159.034.084-19</u>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	<u>RUA JOÃO FELIX FILHO</u>	9 - Número:	<u>413</u>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	<u>SURUBIM</u>	13 - Estado:	<u>PE</u>
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: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO  
 18 - CPF do Representante Legal: 095.916.384-00 19 - Profissão do Representante Legal: REC. 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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <u>0582</u> CONTA: <u>39.720</u> (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<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):	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: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valéscer)? <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: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão  
Assinatura  
Vítima ou  
Beneficiário  
que assina este  
pedido

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 05/11/2019

Ana Paula do Canto Florentino 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206001877**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **19:40**

Complementa o BO Número: **19E0206001873**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA ( AUTOR \ AGENTE )  
KARLA DOS SANTOS DIAS ( NOTICIANTE )  
A.V.F.D. (Menor de Idade) ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

**OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA ( AUTOR \ AGENTE )  
KARLA DOS SANTOS DIAS ( NOTICIANTE )  
A.V.F.D. (Menor de Idade) ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

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

**KARLA DOS SANTOS DIAS (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA DOS SANTOS DIAS** Pai: **ELIONILDO FRANCISCO DIAS** Data de Nascimento: **6/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA -**

**CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INÁCIA NASCIMENTO DA COSTA** Pai: **JOSÉ SEVERINO DA COSTA** Data de Nascimento: **3/4/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10927460/SSP/SP (RG), 91926173872 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TAXISTA** Telefones Fixos:

- 996246674  
- 981260710

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, RUA SEBASTIÃO SOUSA LEAL, S/N, LAGOA NOVA, PROX. AO LOTEAMENTO NOVO CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**A.V.F.D. (Menor de Idade) (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA PAULA DO CANTO** Pai: **JOSÉ HELIO DOS SANTOS DIAS** Data de Nascimento: **3/10/2014** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA, , PROX. A AMBEV NA RUA DO COLÉGIO ESTADUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO TAXI GOL BRANCO PLACA 5599 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDZ5599** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **112840169** Chassi: **9BWAG45U4JT033849**  
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**  
Descrição: **PLACA PDZ5599**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA KARLA INFORMANDO QUE SUA SOBRINHA ANA VITÓRIA DE 04 ANOS DE IDADE SOFREU UM ATROPELAMENTO POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM CASA VINDO DA ESCOLA, QUE O ACIDENTE FOI NA FRENTES DE SUA RESIDÊNCIA NO MOMENTO ESTAVA ANA VITÓRIA E SEU PRIMO JOSÉ VICTOR QUE TAMBÉM TEM 3 ANOS, QUE ELES ESTAVAM NA PARTE BAIXA DA CALÇADA MAS PRÓXIMO A CALÇADAS, QUE O CARRO ACERTOU ANA VITÓRIA E QUEBROU SUA Perna, QUE A MEMSA SERÁ REMOVIDA PARA O RECIFE PARA RELAIZAR CIRURGIA. QUE O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO COMO LAMPIÃO DA PRAÇA TAXISTA, QUE FOI SOLICITADO AO AUTOR QUE ELE PRESTA-SE SOCORRO A ANA QUE ESTAVA NA CALÇADA, SENDO QUE O MESMO SE RECUSOU E FOI EMBORA, QUE LIGARAM PARA O SAMU MAS COMO ESTAVA DEMORANDO, O PAI DE ANA VITÓRIA A LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO LUIS PARA SER ATENDIDA.**

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

**KARLA DOS SANTOS DIAS**  
(NOTICIANTE)

*Karla dos Santos Dias.*

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206001873**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019 às 14:27**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **9/8/2019 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA  
DESCOBERTA** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) ( AUTOR \ AGENTE )  
KARLA DOS SANTOS DIAS ( NOTICIANTE )  
ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAMPIÃO DA  
PRAÇA(TAXISTA)

**OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **9/8/2019 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1 - Bairro: CENTRO -  
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) ( AUTOR \ AGENTE )  
KARLA DOS SANTOS DIAS ( NOTICIANTE )  
ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAMPIÃO DA  
PRAÇA(TAXISTA)

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

**KARLA DOS SANTOS DIAS (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA DOS SANTOS DIAS** Pai:  
**ELIONILDO FRANCISCO DIAS** Data de Nascimento: **6/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /  
BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA - CEP:  
55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 1/1/1991  
 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, PRAÇA DOS TAXIS, ENTRE BANCO DO BRASIL E O BANCO DO NORDESTE, A RUA DESCENDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

**ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ANA PAULA DO CANTO Pai: JOSÉ HELIO DOS SANTOS DIAS Data de Nascimento: 3/10/2014 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA, , PROX. A AMBEV NA RUA DO COLÉGIO ESTADUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEÍCULO TAXI GOL BRANCO PLACA 5599 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

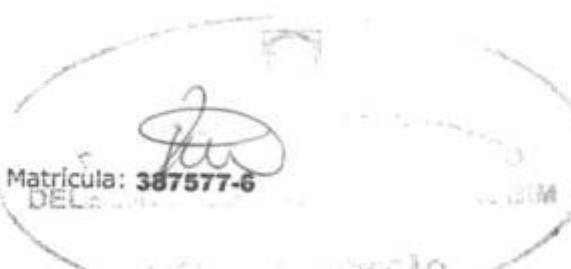
Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA KARLA INFORMANDO QUE SUA SOBRINHA ANA VITÓRIA DE 04 ANOS DE IDADE SOFREU UM ATROPELAMENTO POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM CASA VINDO DA ESCOLA, QUE O ACIDENTE FOI NA FRETE DE SUA RESIDÊNCIA NO MOMENTO ESTAVA ANA VITÓRIA E SEU PRIMO JOSÉ VICTOR QUE TAMBÉM TEM 3 ANOS, QUE ELES ESTAVAM NA PARTE BAIXA DA CALÇADA MAS PRÓXIMO A CALÇADAS, QUE O CARRO ACERTOU ANA VITÓRIA E QUEBROU SUA Perna, QUE A MEMSA SERÁ REMOVIDA PARA O RECIFE PARA RELAIZAR CIRURGIA. QUE O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO COMO LAMPIÃO DA PRAÇA TAXISTA, QUE FOI SOLICITADO AO AUTOR QUE ELE PRESTA-SE SOCORRO A ANA QUE ESTAVA NA CALÇADA, SENDO QUE O MESMO SE RECUSOU E FOI EMBORA, QUE LIGARAM PARA O SAMU MAS COMO ESTAVA DEMORANDO, O PAI DE ANA VITÓRIA A LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO LUIS PARA SER ATENDIDA.**

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

**KARLA DOS SANTOS DIAS  
 (NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206001877**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **19:40**

Complementa o BO Número: **19E0206001873**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA ( AUTOR \ AGENTE )  
KARLA DOS SANTOS DIAS ( NOTICIANTE )  
A.V.F.D. (Menor de Idade) ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

**OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **9/8/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA ( AUTOR \ AGENTE )  
KARLA DOS SANTOS DIAS ( NOTICIANTE )  
A.V.F.D. (Menor de Idade) ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA

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

**KARLA DOS SANTOS DIAS (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA DOS SANTOS DIAS** Pai: **ELIONILDO FRANCISCO DIAS** Data de Nascimento: **6/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA -**

**CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INÁCIA NASCIMENTO DA COSTA** Pai: **JOSÉ SEVERINO DA COSTA** Data de Nascimento: **3/4/1958** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10927460/SSP/SP (RG), 91926173872 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TAXISTA** Telefones Fixos:

- 996246674  
- 981260710

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, RUA SEBASTIÃO SOUSA LEAL, S/N, LAGOA NOVA, PROX. AO LOTEAMENTO NOVO CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**A.V.F.D. (Menor de Idade) (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA PAULA DO CANTO** Pai: **JOSÉ HELIO DOS SANTOS DIAS** Data de Nascimento: **3/10/2014** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA, , PROX. A AMBEV NA RUA DO COLÉGIO ESTADUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO TAXI GOL BRANCO PLACA 5599 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ANTONIO NASCIMENTO DA COSTA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDZ5599** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **112840169** Chassi: **9BWAG45U4JT033849**  
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**  
Descrição: **PLACA PDZ5599**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA KARLA INFORMANDO QUE SUA SOBRINHA ANA VITÓRIA DE 04 ANOS DE IDADE SOFREU UM ATROPELAMENTO POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM CASA VINDO DA ESCOLA, QUE O ACIDENTE FOI NA FRENTES DE SUA RESIDÊNCIA NO MOMENTO ESTAVA ANA VITÓRIA E SEU PRIMO JOSÉ VICTOR QUE TAMBÉM TEM 3 ANOS, QUE ELES ESTAVAM NA PARTE BAIXA DA CALÇADA MAS PRÓXIMO A CALÇADAS, QUE O CARRO ACERTOU ANA VITÓRIA E QUEBROU SUA Perna, QUE A MEMSA SERÁ REMOVIDA PARA O RECIFE PARA RELAIZAR CIRURGIA. QUE O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO COMO LAMPIÃO DA PRAÇA TAXISTA, QUE FOI SOLICITADO AO AUTOR QUE ELE PRESTA-SE SOCORRO A ANA QUE ESTAVA NA CALÇADA, SENDO QUE O MESMO SE RECUSOU E FOI EMBORA, QUE LIGARAM PARA O SAMU MAS COMO ESTAVA DEMORANDO, O PAI DE ANA VITÓRIA A LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO LUIS PARA SER ATENDIDA.**

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

**KARLA DOS SANTOS DIAS**  
(NOTICIANTE)

*Karla dos Santos Dias.*

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206001873**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019 às 14:27**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **9/8/2019 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA  
DESCOBERTA** - Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) ( AUTOR \ AGENTE )  
KARLA DOS SANTOS DIAS ( NOTICIANTE )  
ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAMPIÃO DA  
PRAÇA(TAXISTA)

**OMISSÃO DE SOCORRO - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **9/8/2019 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1 - Bairro: CENTRO -  
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA) ( AUTOR \ AGENTE )  
KARLA DOS SANTOS DIAS ( NOTICIANTE )  
ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAMPIÃO DA  
PRAÇA(TAXISTA)

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

**KARLA DOS SANTOS DIAS (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA DOS SANTOS DIAS** Pai:  
**ELIONILDO FRANCISCO DIAS** Data de Nascimento: **6/9/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /  
BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA - CEP:  
55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 1/1/1991  
 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, PRAÇA DOS TAXIS, ENTRE BANCO DO BRASIL E O BANCO DO NORDESTE, A RUA DESCENDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

**ANA VITÓRIA FLOTENTINO DIAS** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ANA PAULA DO CANTO Pai: JOSÉ HELIO DOS SANTOS DIAS Data de Nascimento: 3/10/2014 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 41, RUA JOÃO FELIX FILHO BAIRRO NOVA DESCOBERTA, , PROX. A AMBEV NA RUA DO COLÉGIO ESTADUAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEÍCULO TAXI GOL BRANCO PLACA 5599 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAMPIÃO DA PRAÇA(TAXISTA)**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

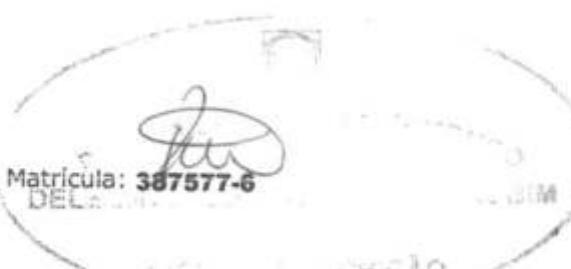
Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA KARLA INFORMANDO QUE SUA SOBRINHA ANA VITÓRIA DE 04 ANOS DE IDADE SOFREU UM ATROPELAMENTO POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM CASA VINDO DA ESCOLA, QUE O ACIDENTE FOI NA FRETE DE SUA RESIDÊNCIA NO MOMENTO ESTAVA ANA VITÓRIA E SEU PRIMO JOSÉ VICTOR QUE TAMBÉM TEM 3 ANOS, QUE ELES ESTAVAM NA PARTE BAIXA DA CALÇADA MAS PRÓXIMO A CALÇADAS, QUE O CARRO ACERTOU ANA VITÓRIA E QUEBROU SUA Perna, QUE A MEMSA SERÁ REMOVIDA PARA O RECIFE PARA RELAIZAR CIRURGIA. QUE O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO COMO LAMPIÃO DA PRAÇA TAXISTA, QUE FOI SOLICITADO AO AUTOR QUE ELE PRESTA-SE SOCORRO A ANA QUE ESTAVA NA CALÇADA, SENDO QUE O MESMO SE RECUSOU E FOI EMBORA, QUE LIGARAM PARA O SAMU MAS COMO ESTAVA DEMORANDO, O PAI DE ANA VITÓRIA A LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO LUIS PARA SER ATENDIDA.**

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

**KARLA DOS SANTOS DIAS  
 (NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **RENATA KESSIA RIBEIRO SILVA** - Matrícula: **387577-6**



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  
Oficiala Designada  
Maria Genoveva Ramos Albuquerque  
Substituta

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ANA VITÓRIA FLORENTINO DIAS

## MATRÍCULA

0766790155 2014 1 00048 271 0047366 35

## DATA DE NASCIMENTO POR EXTENO

três de outubro de dois mil e quatorze

DIA

03

MÊS

10

ANO

2014

## HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE FEDERAÇÃO

11:46

Surubim-PE

## MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO

Surubim - PE

no Hospital São Luiz, desta Cidade de Surubim-PE

SEXO

feminino

## FILIAÇÃO

José Hélio dos Santos Dias e Ana Paula do Canto Florentino

## AVÓS

Avós Paternos: Elionildo Francisco Dias e Josefa dos Santos Dias

Avós Maternos: Vandaise José de Souza Florentino e Maria do Canto Florentino

## 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

seis de outubro de dois mil e quatorze

30-59089050-8

## OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

1ª VIA. ATO GRATUITO. Registro lavrado no Lv. A-48, fls. 271, nº 47.366.

Válido Somente com o selo de  
Autenticidade e Fiscalização.



O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou Fé  
06 de outubro de 2014

OFICIAL

Maria Genoveva Ramos Albuquerque

Oficiala Substituta



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000010039720-4

---

Nr. da Autenticação 56655D16DC2ECD32

**BADOS & SUENTE**  
JOSE MIGUEL Y SANTIAGO DIAZ

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDOR**  
RUA JOSÉ FELIPE HÓALA - B

CPF 052 044 574-0

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA J. VASCONCELOS FILHO 41-B

CPF 052 044 55

CENTRO SURUBIM  
SURUBIM-PE  
55740-000

Declarante	UNICA	01/01/2018
15/10/2018	2013/04/26	9811293

7014665123	10/2019
06/11/2019	12/11/2019
	21,77

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aluguel (R\$)	30,000000	0,58220664	17,76
Authromo Bandeira AMARELA			0,18
Accesso Imu Bandeira VELHA (1192)			0,83
Contrib. Imu Pública Municipal			0,98
ICMS Subvenção CIDE Nr. 187/2026-005-00000019			0,59
Multa por atraso-IFP 072906400 - 00000019			1,39
Juros por atraso-IFP 072906400 - 00000019			0,11

TOTAL DA FATOR

2177

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM)
		DIA	LEITURA	DIA	LEITURA				
12345678901234567890	12345678901234567890	12345678901234567890	12345678901234567890	12345678901234567890	12345678901234567890	100000	100000	100000	100000

MÊS	VALOR	VALORES DE REFERÊNCIA		VALOR DO ESPORTO	Faturamento obtido da Ligeiro - Códigos Desportos/Atlet., categoria B, Previsão ANEEL 4162015
		VALOR	VALOR		
JUL14	40				
AGO14	36				
SET14	31				
OCT14	26				
NOV14	21				
DEZ14	16				
JAN15	16				
FEB15	16				
MAR15	16				
ABR15	16				
MAY15	16				
JUN15	16				
JUL15	16				
AGO15	16				
SET15	16				
OCT15	16				
NOV15	16				
DEZ15	16				
JAN16	16				
FEB16	16				
MAR16	16				
ABR16	16				
MAY16	16				
JUN16	16				
JUL16	16				
AGO16	16				
SET16	16				
OCT16	16				
NOV16	16				
DEZ16	16				
JAN17	16				
FEB17	16				
MAR17	16				
ABR17	16				
MAY17	16				
JUN17	16				
JUL17	16				
AGO17	16				
SET17	16				
OCT17	16				
NOV17	16				
DEZ17	16				
JAN18	16				
FEB18	16				
MAR18	16				
ABR18	16				
MAY18	16				
JUN18	16				
JUL18	16				
AGO18	16				
SET18	16				
OCT18	16				
NOV18	16				
DEZ18	16				
JAN19	16				
FEB19	16				
MAR19	16				
ABR19	16				
MAY19	16				
JUN19	16				
JUL19	16				
AGO19	16				
SET19	16				
OCT19	16				
NOV19	16				
DEZ19	16				
JAN20	16				
FEB20	16				
MAR20	16				
ABR20	16				
MAY20	16				
JUN20	16				
JUL20	16				
AGO20	16				
SET20	16				
OCT20	16				
NOV20	16				
DEZ20	16				
JAN21	16				
FEB21	16				
MAR21	16				
ABR21	16				
MAY21	16				
JUN21	16				
JUL21	16				
AGO21	16				
SET21	16				
OCT21	16				
NOV21	16				
DEZ21	16				
JAN22	16				
FEB22	16				
MAR22	16				
ABR22	16				
MAY22	16				
JUN22	16				
JUL22	16				
AGO22	16				
SET22	16				
OCT22	16				
NOV22	16				
DEZ22	16				
JAN23	16				
FEB23	16				
MAR23	16				
ABR23	16				
MAY23	16				
JUN23	16				
JUL23	16				
AGO23	16				
SET23	16				
OCT23	16				
NOV23	16				
DEZ23	16				
JAN24	16				
FEB24	16				
MAR24	16				
ABR24	16				
MAY24	16				
JUN24	16				
JUL24	16				
AGO24	16				
SET24	16				
OCT24	16				
NOV24	16				
DEZ24	16				
JAN25	16				
FEB25	16				
MAR25	16				
ABR25	16				
MAY25	16				
JUN25	16				
JUL25	16				
AGO25	16				
SET25	16				
OCT25	16				
NOV25	16				
DEZ25	16				
JAN26	16				
FEB26	16				
MAR26	16				
ABR26	16				
MAY26	16				
JUN26	16				
JUL26	16				
AGO26	16				
SET26	16				
OCT26	16				
NOV26	16				
DEZ26	16				
JAN27	16				
FEB27	16				
MAR27	16				
ABR27	16				
MAY27	16				
JUN27	16				
JUL27	16				
AGO27	16				
SET27	16				
OCT27	16				
NOV27	16				
DEZ27	16				
JAN28	16				
FEB28	16				
MAR28	16				
ABR28	16				
MAY28	16				
JUN28	16				
JUL28	16				
AGO28	16				
SET28	16				
OCT28	16				
NOV28	16				
DEZ28	16				
JAN29	16				
FEB29	16				
MAR29	16				
ABR29	16				
MAY29	16				
JUN29	16				
JUL29	16				
AGO29	16				
SET29	16				
OCT29	16				
NOV29	16				
DEZ29	16				
JAN30	16				
FEB30	16				
MAR30	16				
ABR30	16				
MAY30	16				
JUN30	16				
JUL30	16				
AGO30	16				
SET30	16				
OCT30	16				
NOV30	16				
DEZ30	16				
JAN31	16				
FEB31	16				
MAR31	16				
ABR31	16				
MAY31	16				
JUN31	16				
JUL31	16				
AGO31	16				
SET31	16				
OCT31	16				
NOV31	16				
DEZ31	16				

**INFORMACIÓN PRACTICA**  
Página 10 de 10 | [Ver más](#) | [Imprimir](#) | [Descargar PDF](#) | [Compartir](#)

TABELA DE VARIACAO (%)					VALORES DE REFERENCIA	
PERÍODO	VALOR	LIMITE APROX.	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	TERMO NOMINAL	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
DIS	0,00	0,00	-0,30	11,30	22,21	22,21
PIC	0,00	3,30	-0,72	13,48	22,21	22,21
DAMC	1,12	8,00	-1,00	10,00	22,21	22,21





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

**NOTA FISCAL - FATURA - FONTE DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50055-002  
CNPJ 10.575.332/0001-08 | Fone: (81) 3443-0511 | www.cepe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

TENDÊNCIA DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPP-945-738-444-04

CENTROVISUALISIM  
SURUBIM PE  
55760-000

**CLASSIFICAÇÃO  
BIBLIOGRÁFICA  
BREVES**

REPRESENTANTE	M. GOVINDARAJ	RE. DA INSTALAÇÃO
DATA	03.07.2007	07.07.2007

7005749888	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
14/10/2019	07/11/2019

**DEFICIT DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	100.000000	0,01000000	0,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,01
Custo Bem Pública Municipal			5,64
ICMS Subvençao-CIE- NF 0002478/10-08/10/18			0,78
ICMS Subvençao-CIE- NF 072044202-15/09/19			0,60
Multiplicador nf 075948294-04/09/19			1,28
Irrua por ativo UF 075948294-04/09/19			0,11

#### Total Disbursement

10271

ESTRATO DA VERSO DI GOMILLAS D'ESTA NOVA FÉCIA

Nº DO MEDEIROR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W)
-------------------	-------------------	------------------	---------	---------------	---------	---------------	-----------	--------	-------------

— 1 —

— 1 —

DETALHES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			Resumo de Fretes	
		BÁSIS DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	R\$	%
OCT-18	946				3,40	3,55%
OUT-18	81				3,20	3,47%
NOV-18	100				16,81	21,07%
AGO-18	112					
FIB		10,00	1,24	1,24		
SAC-18	113				6,17	6,03%
JUN-18	162				4,81	4,25%
MAR-19	123				26,89	22,23%
ABR-19	172				51,36	59%
MAR-19	188					
FEV-19	162					
JAN-19	123					
DEZ-18	176					
NOV-18	188					
OUT-18	173					
TOTAL CONSUMO:		TARIFAS APLICADAS:			R\$ 049.230,00	
FRETE BEM VESTIMENTAS MATERIAIS		FRETE BEM VESTIMENTAS MATERIAIS			R\$ 049.230,00	

www.nature.com/scientificreports/ | (2022) 12:1030 | Article number: 1030

**INSTRUTORAS INSTITUTAS**  
Pague por este curso online em suas férias com aulas gravadas e comentadas por especialistas de renome internacional. Neste curso, você terá acesso a mais de 100 horas de aulas gravadas, que podem ser assistidas a qualquer hora e dia, sempre dentro do prazo de validade da inscrição. Mais informações, entre em contato com o seu assessor de atendimento ao cliente ou com o seu consultor de vendas.

Algunos de los servicios que ofrecemos y sus respectivos precios:  
el 4G200002, servicios, precios  
de servicios y precios de tarifas se  
encuentran en la documentación para  
consultar, sin necesidad de visitar el  
sitio web o las oficinas.



**BADOS & SUENTE**  
JOSE MIGUEL Y SANTIAGO DIAZ

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDOR**  
RUA JOSÉ FELIPE HÓALA - B

CPF 052 044 574-0

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA J. VASCO FELIX FILHO 41-B

CPF 052 044 554-09

CENTROISLERIM

**CLASSIFICAÇÃO**  
**B1 RESIDENCIAL**

CENTRONSU  
SURJEMIP  
98750-000

Debtors	UNICA	To 12/2019
15109298	2013674765	9911963

7014665123	10/2019
06/11/2019	12/11/2019
	21,77

DISCUSSÃO DA ROTA PIBO/1			
Consumo Ativo(UN)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR
Aerofusco Bandeira AMARELA	30,000000	0,58220664	
Acessório Bandeira VERDE	1152		
Controle Remoto P/ Bateria			
CMS - Subvenção C.L.C. Nr 10/1030-000-00000016			
Multa por atraso-100-0725564000-00000000			
Juros por atraso-100-1725564000-00000000			

TOTAL DA FATURA

21.77

REGISTRO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (km)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000000000000000	00000000000000000000	00/00/0000	00000000000000000000	00/00/0000	00000000000000000000	100000	1,00000	0,00000	10,00

Mês	Valor do Reporto (%)
JAN10	70
FEB10	60
MAR10	72
ABR10	74
MAY10	76
JUN10	88
JUL10	82
AGO10	78
SET10	81
OCT10	40

Painel de acompanhamento da execução das obrigações de Desenvolvimento, Anexo III, Resultados MENS.

**PROBLEMA DE LA DIFUSIÓN** La difusión es el movimiento de los partículas de una sustancia en otra. La velocidad de difusión depende de la temperatura, la presión y la concentración.

TABELA DE PREÇOS DA ENERGIA ELÉTRICA					VALORES DE VENDA	
PERÍODO	LIMITES APROVADOS	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ATUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
DCI	3,00	2,35	11,30	32,31	220	+10% -0%
PAC	0,00	3,30	6,72	13,48		
DAMC	1,00	0,00	0,00	0,00		
Límite DCF 10,33		Valor de DCF: R\$ 10,33 (variação de 10,33% da Tensão de Fato) (220-199,69)				

CORPO DE FISCAIS MATERIAIS DA COMPETENCIA TOTAL A PAGAR (R\$) 21.77  
83860000000-0 21770011007 8.01.10051400000



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIAM DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444-104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.916.384-00, do sinistro de DPVAT cobertura JNVALIDEZ da Vítima ANNA VITORIA FLORENTINO DIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 159.034.084-19, 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 JOAO BATISTA	Número	370	Complemento
Bairro	CENTRO	Cidade	SURUBIM	CEP
Email	PFSEGUROS1994@yahoo.com.br	Telefone comercial(DDD)	81 99665 0454	Telefone celular (DDD)

SURUBIM, 05 de NOVEMBRO de 2019

Local e Data

Adriana M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante



## CENTRO MÉDICO SÃO CAMILO

Araújo Vitoria Florentino Dias

### LAUDO MÉDICO

Menor com história de acidente automobilístico em 09/08/19. Na ocasião sofreu um politraumatismo com fratura fechada da diáfise distal do  $\frac{1}{3}$  distal com necrose de de imobilização e seguimento ambulatorial, na perna.

Permaneceu imobilizada de 09/08/19 a 30/09/19 quando recebeu alta para readaptação, já sem o gesso. VIREP



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

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro para os devidos fins que a menor ANA VITORIA FLORENTINO DIAS, deu entrada neste serviço no dia 09/08/19, após atropelamento, feito atendimento, medicada em seguida transferida para o Hospital Otavio de Freitas, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 29 de outubro de 2019.

  
Adriana Olivia Cabral  
Funcionaria Encarregada

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

Atendimento: 119/134712 Data: 09/08/2019 11:45  
Convênio: SUS Matrícula:  
Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Recep: VANDSON  
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA  
Cartão SUS: 898004512719417

Registro: 3001679

Paciente: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS  
Nascimento: 03/09/2010 - Idade: 8 anos  
Endereço: RUA JOAO FELIX FILHO  
Bairro: CENTRO  
IBGE/Cidade: SURUBIM  
Pai: JOSE HELIO DOS SANTOS DIAS  
Mãe: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO  
Est. Civil:

Prontuário: 0  
Cor: Parda  
Sexo: Feminino  
C.P.F. . . .  
Nº41 Cep: - Identidade: /  
UF: PE Telefone: 81 95846181  
G. instrução:  
Ocupação: MENOR  
Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

Mais infi e atropelada  
atropelada em 100m. Tinha  
ferida na face e ferida no  
peito. 36kg. em  
cor é de  
12 mês  
SST: const. anam  
suspeita de sur  
III: dor intensa  
em face e  
HS: Fazendo e  
dormir  
e um  
Rx

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

KOF  
5-5745132

Francisco Eudes R de Aquino  
Médico  
CRM-PE 13050

Reavaliação:

Materiais Usados:

Assinatura e Carimbo do Médico



# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS	REG: 1092853
CLINICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO: EMERG PED
OPERADOR: DR AIRTON CASE	
1º ASSISTENTE: DR RENATO COSTA	2º ASSISTENTE: DRA MÔNICA MAGALHÃES
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR BRUNO
ANESTESISTA: SEDAÇÃO	DURAÇÃO:
DATA DA OPERAÇÃO: 10/08/2019   INÍCIO:   FIM:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA: REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA	
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO	

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO
2. VISUALIZADO EDEMA IMPORTANTE E FERIMENTO SUPERFICIAL COM SECREÇÃO EM Perna ESQUERDA, SEM COMDIÇÕES DE GESSO
3. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA
4. GESSO COXOPODÁLICO
5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO
6. À SR

Mônica Magalhães  
Médica  
CRM-PE 26982



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS Idade: 4 Anos 10 Meses 6 Dias Nasc. 03/10/2014  
Sexo: FEMININO CNS: 898004512719417 Contatos: 81. 79027511 | Celular: 81.  
Mile: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO  
Endereço:  
AVENIDA SAO JOSE , N.º 41 - : BAIRRO: FOVDADO MINOSO - CIDADE: SURUBIM -  
UF: PE

Dados do Atendimento:	
Data/Hora Atend.:	09/08/2019 16:39
Prontuário:	1092853
Nº. Atendimento:	3363952
Serviço:	CIRURGIA
Enfermaria/Leito:	
Médico:	EDUARDO KRUG CARVALHO

## Admissão

### — Queixa Principal

DOR EM Perna Esq

### — História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 5H. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. DOR EM Perna ESQUERDA. NEGA OUTRAS QUEIXAS

### — Exame Físico

DEFORMIDADE EM Perna Esq, EDEMA LEVE, ESCORIAÇÃO EM Perna Esq

### — Observações

RX FRATURA OSSOS Perna ESQUERDA

### — Conduta

REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA SOB SEDAÇÃO

EDUARDO KRUG CARVALHO - CRM: Nº.15075

Data/Hora: 09/08/2019 - 17:27

Dr. Eduardo Krug Carvalho  
CRM: 15075 - TEC 14141



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS  
Data Nasc.: 03/10/2014 Idade: 4  
CPF: RG:

Endereço: AVENIDA SAO JOSE

Bairro: POVOADO MIMOSO

CEP: 55750000

Acompanhante:

Nome da Mãe: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3363952

Prontuário: 1092853

Nome Social:

FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CNS: 898004512719417

Nº: 41

Estado: PE

Celular:

Profissão:

**2 - ATENDIMENTO**

Data: 09/08/2019 16:39

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Parasita vítima de mordisco  
na ferida. Meu filho tem a corrupção

Exame Físico:

~~ABN~~ ~~luzes fad~~

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Diag. Provisório:

Furto ossos para E

eliminação.

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data

Horário

até amanhã

para exodontia.

Dr. Eduardo K. S. Carvalho  
Traumato. Ortoped.  
CRM: 10025 - TEC 14144

# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 09/08/2019 16:39

	Nome Paciente:	ANA VITORIA FLORENTINO DIAS
	Cód. Paciente:	1092853
	Data de Nascimento:	03/10/2014
	Sexo:	Feminino
	Idade:	4
	Senha:	EA0032
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3383952
	SAME:	1092853

Período: 09/08/2019 17:09 - 09/08/2019 17:10

ELISABETH SANTIAGO DREYER - COREN: N/D 59 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

REFERE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM MIE. NEGA ALERGIAS/ VOMITO/ PERDA DE CONSCIENCIA.

Observação:

COM RX

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA + C. cervical

pelo mecanismo de Acol

Acolhido(a) por: ELISABETH SANTIAGO DREYER - COREN: N/D 59 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 09/08/2019 17:10

Paciente: 1092853 - ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

Idade: 4 Anos 10 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 03/02/2014

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIN SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - nuti - 12345

Função: MEDICO(A)

**RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO**

Atendimento: 3363959

Leito: EMERG PED 07

Admissão: 09/08/2019 18:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

**EVOLUÇÃO: 576357 (FECHADO)**Responsável: DEBORA AVILA ACIOLY - CRM 19751 /  
PEDIATRIAData de Referência: 11/08/2019  
Data/Hora do Documento: 11/08/2019 07:59

11/08/19 08H

# 4 anos, 2º DIH, 22 kg

#HD: 1) FRATURA DOS OSSOS DA FERNA E

#Em uso: VENOCLISE  
DIETA ZERO  
DIPIRONA  
SIMETICONA

#DE: Sem distensões.

#Genitora refere que menino estava reclamando de dor em perna E

#Ao exame: EGB, corada, hidratada, esperteira, normoperfundida, consciente e orientada.

ACV: RCR e n 2T, BNF, S/S

AR: MV+ em AHT, S-RA

ABD: Plano, flácido, indolor, s/VmG

Extremidades: teta grossa em perna esquerda com mobilização adequada dos cedos.

- #OD: 1) Manter dieta suspensa + venoclise.  
 2) Aguarda nova abordagem cirúrgica  
 2) Manter venoclise.


 Debora Avila Acioly  
 CRM 19751

DEBORA AVILA ACIOLY

CRM 19751

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
NOTA DE SALA CIRÚRGICA/ BLOCO CIRÚRGICO CENTRAL

ROT 9.17 - 02 V1

DATA: 14 / 08 / 19

Urgência: ( X ) Eletiva: ( ) Nº Sala Cirúrgica: (02) Circulante: *foral*

Nome do Paciente:

*Jamilton Lacerda Dias*

Atend: 3363959

Reg: 10031653

Idade: 04

Cirurgião: DR. Thales

Auxiliar(1): DR. Luis

Enfermeiro(a): Denis

Anestesista (o): DR. Jose Amorim

Especialidade: Uro( )

Geral PVLI

CIRURGIA:

Ricardo morre de tempo infusao

QTD MEDICAMENTOS QTD MEDICAMENTOS QTD MEDICAMENTOS

ADRENALINA AMPOLA

CLORIDRATO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA

NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA

ÁGUA BIODESTILADA 10ML AMPOLA

FENERGAN AMPOLA

NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA

ÁGUA BIODESTILADA 500ml FA

FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA

RANITIDINA (ANTAK) AMPOLA

AMINOFILINA AMPOLA

GLICOSE 5% AMPOLA

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000ml

AMFACINA AMPOLA

GLUCONATO DE CALCIO AMPOLA

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ml

ATROPINA AMPOLA

HIDROCORTISONA 500mg

SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ml

BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA

HIOSCINA AMPOLA

SORO GLICOSADO 10% 500ml

CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA

HYPAQAE AMPOLA

SORO GLICOSADO 5% 50ml

CLORETO DE POTASSIO 10% 1% AMPOLA

LIQUEMINE (HEPARINA) FA

SORO RINGER LACTATO 500ml

DECADRON AMPOLA

MANITOL (2%) 120%

TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA

DICLOFENACO DE SÓDIO AMPOLA

METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA

XYLOCAINA GELEIA TUBO

DIPIRONA AMPOLA

METOCLOPRAMIDA (PLASA) AMPOLA

XYLOCAINA SPRAY (PUFF)

DOPAMINA AMPOLA

NEOCAINA 0.5% CIA AMPOLA

NEOCAINA 0.5% SIA AMPOLA

CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1g FA

NEOCAINA 5% PESADA AMPOLA

NEOCAINA 5% PESADA AMPOLA

CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA

NEOCAINA 5% PESADA AMPOLA

NEOCAINA 5% PESADA AMPOLA

QTD CONTROLADOS

ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA

ATRACURIO (TRACRIUM) AMPOLA

CLORIDRATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA

CETAMINA (KETALAR) 50mg FA

DIPRIVAM (PROPOFOOL) AMPOLA

ETOMIDATO 2mg/ml AMPOLA

QTD DESCARTAVEIS

AGULHA 3x4.5 UNID

AGULHA 25x07 UNID

AGULHA 4x12 UNID

AGULHA PI PERIDURAL N°

AGULHA PI RAQUI N°

ALG. ORTOPEDICO (g)

ATADURA DE CREPE N° 10 CM

ATADURA GESSADA 15 CM 21H

BOLSA DE COLOSTOMIA

CATETER SUBCLAVIA ADULTO

CATETER SUBCLAVIA PEDIATRICO

CATETER NASAL

CERA PARA OSSO

COLETOR SISTEMA ABERTO

COLETOR SISTEMA FECHADO

COMPRESSA CIRÚRGICA C/S UNID

DREN LÂMINAR N°

FIOS

ALGODÃO SEM AGULHA N°

ALGODÃO COM AGULHA N°

CAT GUT CROMADO N°

CAT GUT SIMPLES N°

SEDA N°

MONONYLON N°

CAPROFYL N°

FITA CARDIACA

PROLENE N°

VICRYL N°

PDS N°

QTD EQUIPAMENTOS

MONITOR CARDIACO

PNI

CAPNOGRFO

BISTURI ELÉTRICO

BOMBA DE INFUSÃO

STIMPLEX

HORÁRIO MONTAGEM DA SALA

INÍCIO

TERMINO

QTD HORÁRIO DA ANESTESIA

ENTRADA DO PACIENTE AS

INÍCIO 09:30

TERMINO 10:30

SAÍDA DO PACIENTE AS

QTD EQUIPAMENTOS

OXIMETRO DE PULSO

PAM

ASPIRADOR

BISTURI ULTRASSÔNICO

AQUECEDOR TÉRMICO

TOF

QTD HORÁRIO DA CIRURGIA

INÍCIO 09:33

TERMINO 10:30

QTD TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ASSINATURA / CARIMBO

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Teupiá

Recife – PE

CEP: 50920 – 640

Telefone: 3182-8500

DATA DA HOMOLOGAÇÃO \_\_\_\_\_

DATA DA REVISÃO \_\_\_\_\_

HOF 01

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

CLÍNICA:

Araújo Vitoria Florentino Dicas

ENF.:

LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
09/08/19	17:50	<p>ecg admi. Cl história de atro-      pilaunio he ± 6h, nega desmaio      e vomitos; Cl MIE mobilizado,      a clama, perusão diaximica; ex-      ECG, no inserts Galma, mede      card na hospital de oiden-      sfilis, espuma; náuseas e      corredor, veio a AVP HDS      de diante do he ± 6h. Ag.      presidente em jaco. Segue      escrito</p>

09/08/19 - 18:45

H32D34

Hto fratura omos da parte d

em um. Jacente morto

Diploc S1w

DB. S1 cistern.

vacuo de CSF)

-Diurese: grande

Nega dor

-Excreç: anuria

-em prd dura 20.30

po morte: EGR, espuma, hematico, corpos  
 (C - pulpa)

pr cistern ab.

po abdome de punh

SBD: n/a mobilizar

SN: com morte

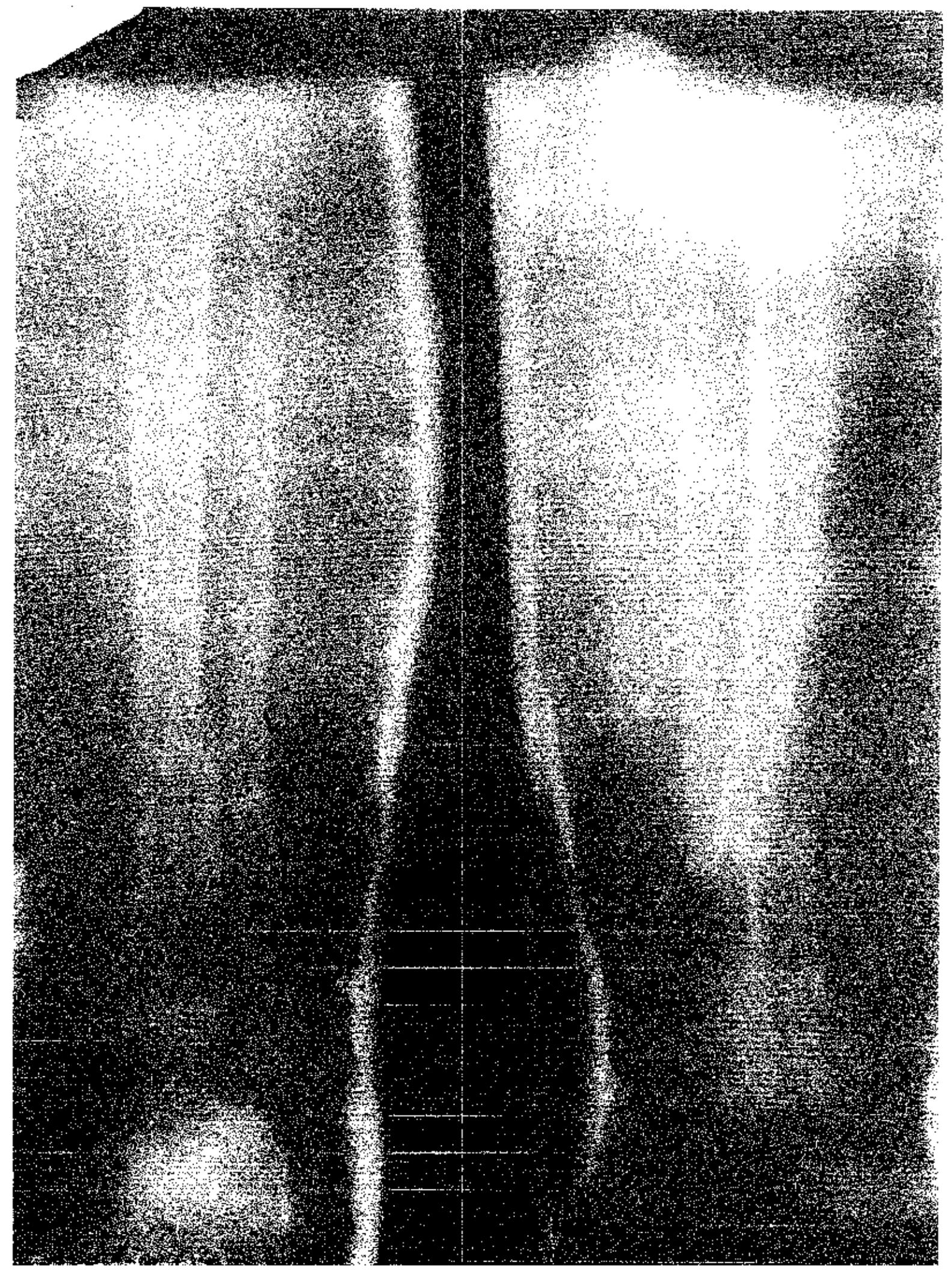
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
D9/08/19	19:20	<p>Plano de Nogueira Pinto</p> <p># Fratura do osso da punha E DS = Dureza zero. Verifica-se de maneira lenta. Temp = 37,4 °C. FEA</p> <p>DRS leve. Rofetil deve administrar</p> <p>DD = ECR. O curvav</p> <p>no bebedor E. Tela pegante</p> <p>no MIE. Hipotensão</p> <p>Temp = 37,4 °C. A curva ligeira.</p> <p>ACV = RCR. BNF 27 F.C.</p> <p>84 915</p> <p>HR = Supresso. MV normal</p> <p>AD = Abd. abdominal, respira sivel, lentamente, rítmico e silencioso. Ausculta de fundo e superfície de suspiro. Sem tumores ou descurvamento</p> <p>Qualit. RHA</p> <p>BN = consciente, orientada</p> <p>SPT = Tela pegante MIE Peyrusas leves das costelas.</p> <p>Conclusão: Faco sinatismo, anal</p>
09/8/19	19:20	<p>Nunca esclerou bem, sensação de coceira gostosa, HIE elânea grande, rugas alargadas, com alguma suspeita por falta de sangue na SR, liberando o corte, e que os movimentos os coxos agiam</p>
10/10/19	19:20	<p>Recovery entrou lentamente em dureza zero, para não precisar mais esteroides. No momento: nem apertos</p>

PERNAO RX  
11/8/19

11/8/19 Enfermeira.

Menos q E.C. Rigden, Afefit, veredas por  
via periférica. Dist. zero, Agendado BC para  
14hs Reforma de SR. Verificar  
por via periférica. Realizar Rx de  
cabeça. Agendando reunião.

16hs Alta hospitalar, Transporte, Agenda







Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**159.034.084-19**

Nome  
**ANA VITORIA FLORENTINO DIAS**

Nascimento  
**03/10/2014**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. REGRAM

Nº 014357048083

UF: PERNAMBUCO

PLACA:

019

DATA:

2019

VALOR:

R\$ 0,00

PERÍODO:

01/01/2019

VALIDADE:

01/01/2020

VALOR:

R\$ 0,00

PERÍODO:

01/01/2019

SURUBIM (PE), 13 DE JANEIRO 2020.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

REPRESENTANTE LEGAL: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3200001143

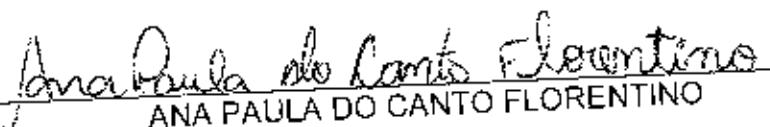
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S<sup>a</sup>, que o processo de da minha filha seja REANALISADO, uma vez que ela foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 09/08/2019, onde sofreu FRATURA EM SUA Perna ESQUERDA ESQUERDA, foi submetida a cirurgia, fez todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRA-SE ATUALMENTE COM SEQUELAS( Fíbula e Tibia). Não foi submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela LIDER para avaliar sua seqüela e foi liberado para ela um valor muito inferior a que tem Direito. Em contato com o atendimento da Lider fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então ela possa ser avaliada por um médico indicado pela Lider e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S<sup>a</sup>, que o processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que ela encontra-se com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

  
\_\_\_\_\_  
ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME: ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 8.235.570 SDS/PE - CPF 095.916.384-00
DATA DO ACIDENTE: 09/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS
ENDEREÇO: RUA JOAO FELIX FILHO Nº 41-B, CENTRO, 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**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 28 DE OUTUBRO 2019



Ana Paula do canto Florentino

ASSINATURA DO OUTORGANTE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

Rua Boa de Setembro, 10, Centro - Surubim-PE  
Fone: (81) 3034-1417 Email: carmenchavescarmen@gmail.com

Carvalho, Maria da Glória de Souza - Testemunha

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de (11ANA

PAULA DO CANTO FLORENTINO

Dou fe. Surubim, segunda-feira, 29 de outubro de 2019

- 09:18h

Em Testemunho \_\_\_\_\_ da verdade

Elizabeth Lira de Andrade Cadena - 2º Substituta

Total: 4,91 \*VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE\*

Selo(s): 0073214 ZIU09201901\_03734-Rua Sete de

Setembro nº 10 - Centro - SURUBIM-PE

autenticidade

RECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001216/20

Número do Sinistro: 3200001143

Vítima: ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

CPF: 159.034.084-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/08/2019

Titular do CPF: ANA VITORIA  
FLORENTINO DIAS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/01/2020

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

Data do cadastramento: 23/01/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ANNA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433418/19

**Vítima:** ANA VITORIA FLORENTINO DIAS

**CPF:** 159.034.084-19

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/08/2019

**Titular do CPF:** ANA VITORIA  
FLORENTINO DIAS

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

### ANA PAULA DO CANTO FLORENTINO : 095.916.384-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 04/12/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 04/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ANALIA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos