



16/02/2021

Número: **0072156-51.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75288444	16/02/2021 10:59	ANEXO 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABR/DOCORIGINAL_ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

IZAIRS FOSSE DA COSTA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 707 747 064 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CASTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE inscrito (a) no CPF sob o Nº 058 985 724 / 06

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 058 985 724 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recruta 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 Sereia</u>	Número: <u>13</u>	Complemento:
Bairro: <u>OLINDA</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>53370270</u>	Tel. (DDD): <u>81 935253012</u>

Local e Data:

OLINDA 02/09/20

IZAIRS FOSSE DA COSTA
Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

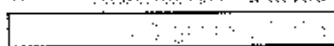
Data e hora retirada da senha: 16/05/2019 14:55

	Nome Paciente:	GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
	Cód. Paciente:	125741
	Data de Nascimento:	03/01/1986
	Sexo:	Masculino
	Idade:	33
	Senha:	0021
	Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
	Atendimento:	477969 
	SAME:	112499

Período: 16/05/2019 15:12 - 16/05/2019 15:18

IVIANE KELY SENA DO NASCIMENTO - COREN: 399103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE CHEGA AO SERVIÇO ENCAMINHADO DE CARPINA COM SENHA PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA APOS ACIDENTE COLISÃO CARRO X MOTO, COM FX DE RADIO SE QUEIXA DE DOR, NEGA VOMITO E DESMAIO NEGA PERDA DA CONSCIENCIA

Observação: NEGA DM
NEGA HAS
NEGA ALERGIAS

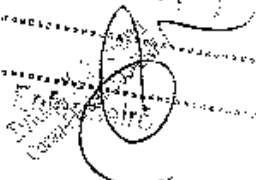
Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

ENCAMINHADO

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()
Local 

Acolhido(a) por: IVIANE KELY SENA DO NASCIMENTO - COREN: 399103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/05/2019 15:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 477969 Prontuário: 125741 SAME: 112499 Hora Atend: 15:00 Data Atend: 16/05/2019
Paciente..... : GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Idade: 33 a
Endereço..... : RUA VULCAO
Bairro..... : BONSUCESSO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53240110
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 16/05/2019 Hora Saída : 18:25

Prestador da Evolução Médica: **JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA**

DIAGNOSTICO

INTERNAMENTO SOLICITADO PELA ENFERMEIRA OSCALENY

JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA / 15979
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR







FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 477983

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE** Prontuário: 125741
Idade: 33a 4m 11d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 03/01/1986
Profissão: Escolaridade: Telefone: 34321672 CEP 53240110
R.G.: 6585816 C.P.F.: , 278 - BONSUCESSO - OLINDA - PE
Endereço: RUA VULCAO
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 16/05/2019 18:26
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-EXTRA
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número:
Telefone: Cidade: Estado civil: 29 05 19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 17/05/19 Hora da Alta: :

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Baixa secundária clínica

Diagnóstico Principal..... Fratura exposta distal do Radio 2

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento..... 154 DC + RBC + FRC K

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE			6 - Nº Prontuário	125741
7 - Centro Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
	03/01/1986	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	VALERIA VANDA ALVES			12 - Telefone de Contato	8198888802
13 - Nome Responsável	LUCIA HELENA FERREIRA			14 - Telefone de Contato	34321672
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA VULCAO, 278 - BONSUCESSO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53240110		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	FÉ TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCARRO 4H, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM PUNHO D COM LESÃO CUTÂNEA LOCAL ALÉM DE DOR EM TORNOZELO D. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.				
21 - Condições que justificam a internação	TRATAMENTO CIRÚRGICO				
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA				
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas		
FRATURA DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO PUNHO E DA MÃO	S628	V289			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO	0408020245		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016277746192
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA	16/05/2019	15979	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Sexo
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E280000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)		

AIH
261910217423-8

Código do Laudo: 477969



LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

Atesto que GUSTAVO Henrique Alves Pereira está enquadrado na conceituação do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015 (LBI), qual seja: "Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" ou nas categorias discriminadas no artigo 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Decreto nº 5.296/2004, no §1º, do artigo 1º, da Lei nº 12.764/2012 (Transtorno do Espectro Autista) e no enunciado da Súmula nº 377 do Superior Tribunal de Justiça (Visão monocular), observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, ratificados pelo Decreto nº 6.949/2009.

1. () DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- () Paraplegia () Paraparesia () Monoplegia () Monoparesia () Tetraplegia
() Tetraparesia () Triplegia () Hemiplegia () Hemiparesia
() Paralisia cerebral () Oostomias () Amputação ou ausência de membro () Nanismo
() Membros com deformidades congênicas ou adquiridas ☒ Outras. Especificar: Paralisia Intelectual do Furo (P)

2. () DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame oftalmológico):

- () Cegueira - Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Baixa visão - Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.
() Visão Monocular - Súmula 377 STJ

3. () DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (Anexar parecer/avaliação psicológico e/ou laudo psiquiátrico)

- () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

4. () DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar audiometria):

- () Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma (anexo) nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

5. () DEFICIÊNCIA MENTAL (Psicossocial) - Anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de nível superior da área de saúde habilitado nessa deficiência.

- () Esquizofrenia () Transtorno do Espectro Autista () Outras Psicoses - Informar a CID [] e descrever limitações funcionais na vida diária e social, se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença.

Em caso de deficiências múltiplas, assinalar os campos correspondentes às respectivas deficiências.

5. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

- () Congênita () Doença () Pós-operatório () Acidente Comum ☒ Acidente de Trabalho (Sic)

6. Descrever a deficiência, conforme recomendações do anexo 09 (disponível no link <https://db.tj/cmbopr3>):

Apresenta transtorno da fala - déficit total do furo D e

7. Descrever os impedimentos funcionais, conforme recomendações do anexo 09 (disponível no link <https://db.tj/cmbopr3>):

Deficit da fala em no furo total do furo D.

na e continua fisioterapia especializada.

8. CID10 da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças):

Localidade e data: 13.01.2020

Assinatura/Registro no Respectivo Conselho: Rafael Sobral
Fisioterapeuta 0745

CD. 562

Declaro estar ciente de que estou sendo incluído nas cotas legais de empregados com deficiência e/ou reabilitados do INSS a que se referem o artigo 93, da Lei nº 8.213/1991 e as normas elencadas neste documento.

Autorizo a divulgação da CID e apresentação do presente Laudo, prontuário médico, incluindo avaliação clínica e exames complementares à Fiscalização do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

Local e Data:

Assinatura do Empregado: _____

O presente laudo pode ser assinado pelos seguintes profissionais da área de saúde: Médico (todas as deficiências), Fisioterapeuta (física), Fonoaudiólogo (auditiva), psicólogo (intelectual e mental) e terapeuta ocupacional (todas)





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

REG:125741

IDADE:33

SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:16/05/19

DATA DA ALTA: 17/5/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDMENTO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR MARCONDES MEIRELES(SETOR DE AMBULATÓRIOS, N.º TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- MANTER TALA AXILO-PALMAR, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR;
- MEXER DEDOS DA MÃO DIREITA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRÃES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE MEF

Data e hora retirada da senha: 02/06/2019 17:48

Nome Paciente:	GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	03/01/1988
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	0029
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 02/06/2019 18:01 - 02/06/2019 18:08

ANA CRISTINA BRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR REGIÃO PUNHO DIREITO, REALIZOU ABORDAGEM CIRÚRGICA DIA 17/05/19, CHEGA COM MEMBRO IMOBILIZADO + EDEMA DAS FALANGES DO DITO DIREITO.

Observação: DEMANDA ESPONTÂNEA.

Programa sintoma: EDEMA/ICTERÍCIA/FRAQUEZA/ÂMBRAS

Discriminador(es): - EDEMA LOCALIZADO COM FOCO SEM SINAIS SISTÊMICOS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMA/LOGIA

Sinais Vitais Livres:

- FREQUÊNCIA CARDÍACA: 82,00 BPM
- FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 15,00 RPM
- GLICOSE: 98,00 MG/DL
- P.A. SISTÓLICA: 120,00 MMHG
- P.A. DIÁSTOLICA: 80,00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98,00 %

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA BRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 02/06/2019 18:08

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1



Atendimento: 480228

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 02/06/2019 18:11

Paciente: 125741 GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/01/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VALERIA VANDA ALVES

Nome do Pai: JUBILEU DE SANTANA FREIRE

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA VULCAO

-- CASA 3

278

Bairro: BONSUCESSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Dor no tornozelo direito há 3 dias, acompanhada de inchaço e vermelhidão. Dor aumenta com o uso de calçado fechado. Não há trauma recente. Dor é tipo latejante, piora à noite.

Exame Físico

Inspeção: Edema moderado no tornozelo direito. Rubor e calor localizados. Não há deformidade ou trauma visível.

Hipótese Diagnóstica

-to: Fratura Risco Alto (D) / Dor Intensa (D)

Prescrição Médica

1. Analgésico: Ibuprofeno 400mg PO q8h
2. Anti-inflamatório: Celecoxib 200mg PO bid
3. Analgésico: Paracetamol 1000mg PO q6h
4. Analgésico: Clonazepam 0,5mg PO bid
5. Analgésico: Clonazepam 0,5mg PO bid
6. Analgésico: Clonazepam 0,5mg PO bid

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: (X) Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 480228 **Prontuário:** 125741 **SAME:** 112499 **Hora Atend:** 18:11 **Data Atend:** 02/06/2019
Paciente..... : GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE **Idade:** 33 a
Endereço..... : RUA VULCAO
Bairro..... : BONSUCESSO
Cidade..... : OLINDA **UF..:** PE **CEP:** 53240110
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA **Plano...:** PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. : -
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 02/06/2019 **Hora Saída :** 22:08

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO
ENF. ANDREIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

REG:125741

IDADE:33 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:16/05/19

DATA DA ALTA: 17/5/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDMENTO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR MARCONDES MEIRELES(SETOR DE AMBULATÓRIOS, N.º 1, TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- MANTER TALA AXILO-PALMAR, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR;
- MEXER DEDOS DA MÃO DIREITA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Atendimento: 477969

Senha da Classificação:

0021

Data e Hora: 16/05/2019 15:00

Paciente: 125741 GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 03/01/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: VALERIA VANDA ALVES Nome do Pai: JUBILEU DE SANTANA FREIRE
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
 Endereço: RUA VULCAO -- CASA 3 278 Bairro: BONSUCESSO
 Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente relata dor aguda no tornozelo direito, apresentando dificuldade para
 andar, dor ao caminhar, dor ao levantar, dor ao deitar, dor ao ficar em pé por
 mais de 10 minutos.

Exame Físico

A= 20 anos, branco, sem alterações em exame físico. A= 20 anos, branco, sem
 alterações em exame físico. A= 20 anos, branco, sem alterações em exame físico.
 A= 20 anos, branco, sem alterações em exame físico. A= 20 anos, branco, sem
 alterações em exame físico. A= 20 anos, branco, sem alterações em exame físico.

Hipótese Diagnóstica

Exatidão diagnóstica (hipótese)

Prescrição Médica

Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.
 Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.
 Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.
 Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.
 Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.

Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.

Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.

Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.

Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.

Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.

Prescrição médica de acordo com o plano de tratamento.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PERNAMBUCO		VALIDADE: 10 DIAS REGRAS: 3.005.451 DATA DE EMISSÃO: 02/08/2011	
FOTOGRAFIA		NOME: << ISAIAS JOSE DA COSTA >>	
FINGER		FUNÇÃO: << IVAN JOSE DA COSTA >> << ADALGISA BASTOS DA COSTA >>	
RECIFE - PE		DATA DE NASCIMENTO: 03/10/1967	
IDENTIFICADORA: 01 55 1975 1 00102 105 C119641 25 RECIFE PE >>		ASSINATURA: [Assinatura] DATA: 16 DE 20/09/03	

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
707.747.064-49
Nome
ISAIAS JOSE DA COSTA
Nascimento
03/10/1942

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
ECA7.D19D.E8D6.F94D

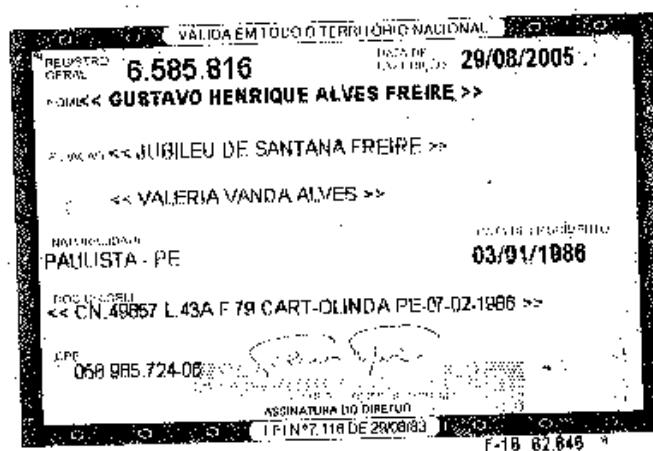
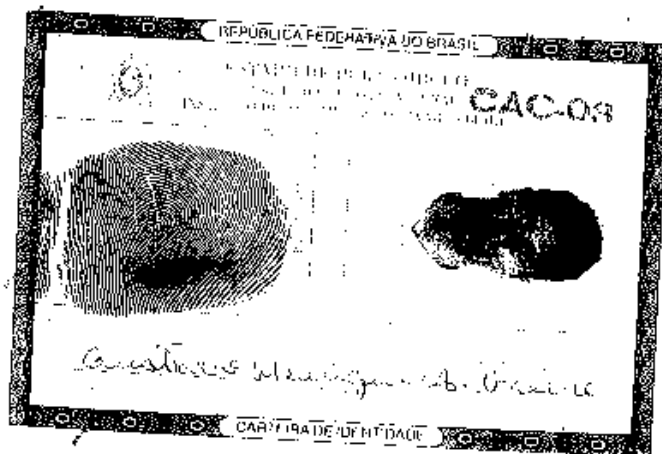
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 07:47:20 do dia 07/10/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 04

Imprimir







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200317155 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249333/20

Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

CPF: 058.985.724-06

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISAIAS JOSE DA COSTA : 707.747.064-49

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE : 058.985.724-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/09/2020
Nome: ISAIAS JOSE DA COSTA
CPF: 707.747.064-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ISAIAS JOSE DA COSTA

Marta Marinho dos Santos



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Geosteno Henrique Alves Freire
portador(a) do documento de identidade nº 6585 816, expedido por 905 PE, em
29.08.05 inscrito no CPF sob o nº 05898572406, residente na
Rua Mº Juvate Lima, nº 222
complemento _____, Bairro BAIRRO NOVO, cidade
Olinda, Estado PE

2. Outorgado ISAÍAS JOSE DA COSTA
portador(a) do documento de identidade nº 3005 451, expedido por SS PPE, em
02.08.11 inscrito no CPF sob o nº 707 747 064 49, residente na
Rua Sepia, nº 13
complemento _____, Bairro OLINDA PRETO, cidade
Olinda, Estado PE

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Olinda 02/09 de 2020 de _____

Outorgante Isaías José da Costa

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSEPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249333/20

Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

CPF: 058.985.724-06

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISAIAS JOSE DA COSTA : 707.747.064-49

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE : 058.985.724-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/09/2020
Nome: ISAIAS JOSE DA COSTA
CPF: 707.747.064-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ISAIAS JOSE DA COSTA

Marta Marinho dos Santos





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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200317155

Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISAIAS JOSE DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

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, contados 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 16095214

Pag. 00703/00704 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200317155

Vítima: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISAIAS JOSE DA COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000008322**

Conta: **0000039881-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima:

05898572408 Gustavo Henrique Alves Freire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

Gustavo Henrique Alves Freire

6 - CPF:

05898572408

7 - Profissão:

Pescador

8 - Endereço:

Rua Maria Jurete Lima

9 - Número:

232

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bairro novo

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53130080

15 - E-mail:

81999102260

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:

Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

32 - 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 discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/mãe(s) vivos?



Sim



Não

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

34

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

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

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

38 - 5ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Olinda 29/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

Gustavo Henrique A Freire

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

05898572408

4 - Nome completo da vítima:

Gustavo Henrique Alves Freire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

Gustavo Henrique Alves Freire

6 - CPF:

05898572408

7 - Profissão:

Pescador

8 - Endereço:

Rua Maria Jurete Lima

9 - Número:

232

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bairro novo

12 - Cidade:

Olinda

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53130080

15 - E-mail:

81999102260

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:

Itaú

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

8322

CONTA:

39881

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.

32 - 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 discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso da 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar:



Sim



Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 5ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Olinda 29/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

Gustavo Henrique A Freire

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 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135004318**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **15:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, PE 90 - EM FRENTE ITAIPAVA** - Bairro:
BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (AUTOR / AGENTE)
GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALERIA VANDA ALVES Pai: **JUBILEU DE SANTANA FREIRE** Data de Nascimento: **3/1/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO), 278, RUA VULCÃO - CASA 03 - BAIRRO BOM SUCESSO - CEP: - Bairro: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PDE0540** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **116724828** Chassi: **9C6RG5010K0014990**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **GASOL/BNV**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/JEEP/COMPASS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

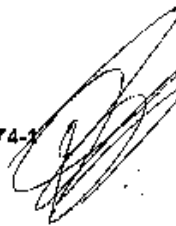
O QUEIXOSO DECLARA QUE QUANDO TRAFEGAVA SENTIDO NA PE-90, SENTIDO LIMOEIRO, EM FRENTE A ITAIPAVA, UM JEEP COMPASS, CONDUZIDO POR PETRUCE JOSÉ, TENTOU FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E ATINGIU DE FRENTE O QUEIXOSO QUE FOI ARREMESSADO POR CIMA DO CARRO E TEVE FRATURA EXPOSTA NO RADIO DO BRAÇO DIREITO. O QUEIXOSO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E POSTERIORMENTE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Gustavo Henrique Alves Freire

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PEDRO CELESTINO NETO** - Matrícula: **221.474-1**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135004318**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **15:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, PE 90 - EM FRENTE ITAIPAVA** - Bairro:
BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (AUTOR / AGENTE)
GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALERIA VANDA ALVES Pai: **JUBILEU DE SANTANA FREIRE** Data de Nascimento: **3/1/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO), 278, RUA VULCÃO - CASA 03 - BAIRRO BOM SUCESSO - CEP: - Bairro: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PDE0540** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **116724828** Chassi: **9C6RG5010K0014990**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **GASOL/BNV**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/JEEP/COMPASS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

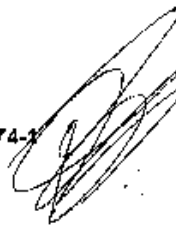
O QUEIXOSO DECLARA QUE QUANDO TRAFEGAVA SENTIDO NA PE-90, SENTIDO LIMOEIRO, EM FRENTE A ITAIPAVA, UM JEEP COMPASS, CONDUZIDO POR PETRUCE JOSÉ, TENTOU FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E ATINGIU DE FRENTE O QUEIXOSO QUE FOI ARREMESSADO POR CIMA DO CARRO E TEVE FRATURA EXPOSTA NO RADIO DO BRAÇO DIREITO. O QUEIXOSO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E POSTERIORMENTE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Gustavo Henrique Alves Freire

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PEDRO CELESTINO NETO** - Matrícula: **221.474-1**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima:

05898572408 Gustavo Henrique Alves Freire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

Gustavo Henrique Alves Freire

6 - CPF:

05898572408

7 - Profissão:

Pescador

8 - Endereço:

Rua Maria Jurete Lima

9 - Número:

232

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bairro novo

12 - Cidade:

Ondara

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53130080

15 - E-mail:

81999102260

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. Assinalar uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

32 - 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 discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou:



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos?



Sim



Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 5ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Ondara 29/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

Gustavo Henrique A Freire

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08322

CONTA: 000000039881-2

Autenticação:

C2CF4CE6BB30E55A779BBC634E79A71071809A8BFBF4D739DCCD7242B6203BDD





Tarifa Social de Energia Elétrica, criada pela Lei nº 438, de 2004

NOTA FISCAL - FATORIA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - São Paulo, Recife - PE, CEP 51060-902
CNPJ 10.815.682/0001-81 | Insc. Est. 01.60955-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
VALERIA WANDA ALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MAR A JUDITE LINS 222

CPF 380.128.824-91

BAIRRO NOVO NORDE
O, INDAPE
53150-030

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	0775557038	PERÍODO	05/2019
DATA DE EMISSÃO	18/08/2019	DATA DE VENCIMENTO	27/08/2019
VALOR TOTAL (R\$)	294,52		

DATA FISCAL	DATA	PERÍODO
08/08/2019	08/08/2019	07/08/2019
09/08/2019	09/08/2019	08/08/2019
10/08/2019	10/08/2019	09/08/2019
11/08/2019	11/08/2019	10/08/2019
12/08/2019	12/08/2019	11/08/2019
13/08/2019	13/08/2019	12/08/2019
14/08/2019	14/08/2019	13/08/2019
15/08/2019	15/08/2019	14/08/2019
16/08/2019	16/08/2019	15/08/2019
17/08/2019	17/08/2019	16/08/2019
18/08/2019	18/08/2019	17/08/2019
19/08/2019	19/08/2019	18/08/2019
20/08/2019	20/08/2019	19/08/2019
21/08/2019	21/08/2019	20/08/2019
22/08/2019	22/08/2019	21/08/2019
23/08/2019	23/08/2019	22/08/2019
24/08/2019	24/08/2019	23/08/2019
25/08/2019	25/08/2019	24/08/2019
26/08/2019	26/08/2019	25/08/2019
27/08/2019	27/08/2019	26/08/2019
28/08/2019	28/08/2019	27/08/2019
29/08/2019	29/08/2019	28/08/2019
30/08/2019	30/08/2019	29/08/2019
31/08/2019	31/08/2019	30/08/2019
01/09/2019	01/09/2019	31/08/2019
02/09/2019	02/09/2019	01/09/2019
03/09/2019	03/09/2019	02/09/2019
04/09/2019	04/09/2019	03/09/2019
05/09/2019	05/09/2019	04/09/2019
06/09/2019	06/09/2019	05/09/2019
07/09/2019	07/09/2019	06/09/2019
08/09/2019	08/09/2019	07/09/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/09/2019
10/09/2019	10/09/2019	09/09/2019
11/09/2019	11/09/2019	10/09/2019
12/09/2019	12/09/2019	11/09/2019
13/09/2019	13/09/2019	12/09/2019
14/09/2019	14/09/2019	13/09/2019
15/09/2019	15/09/2019	14/09/2019
16/09/2019	16/09/2019	15/09/2019
17/09/2019	17/09/2019	16/09/2019
18/09/2019	18/09/2019	17/09/2019
19/09/2019	19/09/2019	18/09/2019
20/09/2019	20/09/2019	19/09/2019
21/09/2019	21/09/2019	20/09/2019
22/09/2019	22/09/2019	21/09/2019
23/09/2019	23/09/2019	22/09/2019
24/09/2019	24/09/2019	23/09/2019
25/09/2019	25/09/2019	24/09/2019
26/09/2019	26/09/2019	25/09/2019
27/09/2019	27/09/2019	26/09/2019
28/09/2019	28/09/2019	27/09/2019
29/09/2019	29/09/2019	28/09/2019
30/09/2019	30/09/2019	29/09/2019
01/10/2019	01/10/2019	30/09/2019
02/10/2019	02/10/2019	01/10/2019
03/10/2019	03/10/2019	02/10/2019
04/10/2019	04/10/2019	03/10/2019
05/10/2019	05/10/2019	04/10/2019
06/10/2019	06/10/2019	05/10/2019
07/10/2019	07/10/2019	06/10/2019
08/10/2019	08/10/2019	07/10/2019
09/10/2019	09/10/2019	08/10/2019
10/10/2019	10/10/2019	09/10/2019
11/10/2019	11/10/2019	10/10/2019
12/10/2019	12/10/2019	11/10/2019
13/10/2019	13/10/2019	12/10/2019
14/10/2019	14/10/2019	13/10/2019
15/10/2019	15/10/2019	14/10/2019
16/10/2019	16/10/2019	15/10/2019
17/10/2019	17/10/2019	16/10/2019
18/10/2019	18/10/2019	17/10/2019
19/10/2019	19/10/2019	18/10/2019
20/10/2019	20/10/2019	19/10/2019
21/10/2019	21/10/2019	20/10/2019
22/10/2019	22/10/2019	21/10/2019
23/10/2019	23/10/2019	22/10/2019
24/10/2019	24/10/2019	23/10/2019
25/10/2019	25/10/2019	24/10/2019
26/10/2019	26/10/2019	25/10/2019
27/10/2019	27/10/2019	26/10/2019
28/10/2019	28/10/2019	27/10/2019
29/10/2019	29/10/2019	28/10/2019
30/10/2019	30/10/2019	29/10/2019
31/10/2019	31/10/2019	30/10/2019
01/11/2019	01/11/2019	31/10/2019
02/11/2019	02/11/2019	01/11/2019
03/11/2019	03/11/2019	02/11/2019
04/11/2019	04/11/2019	03/11/2019
05/11/2019	05/11/2019	04/11/2019
06/11/2019	06/11/2019	05/11/2019
07/11/2019	07/11/2019	06/11/2019
08/11/2019	08/11/2019	07/11/2019
09/11/2019	09/11/2019	08/11/2019
10/11/2019	10/11/2019	09/11/2019
11/11/2019	11/11/2019	10/11/2019
12/11/2019	12/11/2019	11/11/2019
13/11/2019	13/11/2019	12/11/2019
14/11/2019	14/11/2019	13/11/2019
15/11/2019	15/11/2019	14/11/2019
16/11/2019	16/11/2019	15/11/2019
17/11/2019	17/11/2019	16/11/2019
18/11/2019	18/11/2019	17/11/2019
19/11/2019	19/11/2019	18/11/2019
20/11/2019	20/11/2019	19/11/2019
21/11/2019	21/11/2019	20/11/2019
22/11/2019	22/11/2019	21/11/2019
23/11/2019	23/11/2019	22/11/2019
24/11/2019	24/11/2019	23/11/2019
25/11/2019	25/11/2019	24/11/2019
26/11/2019	26/11/2019	25/11/2019
27/11/2019	27/11/2019	26/11/2019
28/11/2019	28/11/2019	27/11/2019
29/11/2019	29/11/2019	28/11/2019
30/11/2019	30/11/2019	29/11/2019
01/12/2019	01/12/2019	30/11/2019
02/12/2019	02/12/2019	01/12/2019
03/12/2019	03/12/2019	02/12/2019
04/12/2019	04/12/2019	03/12/2019
05/12/2019	05/12/2019	04/12/2019
06/12/2019	06/12/2019	05/12/2019
07/12/2019	07/12/2019	06/12/2019
08/12/2019	08/12/2019	07/12/2019
09/12/2019	09/12/2019	08/12/2019
10/12/2019	10/12/2019	09/12/2019
11/12/2019	11/12/2019	10/12/2019
12/12/2019	12/12/2019	11/12/2019
13/12/2019	13/12/2019	12/12/2019
14/12/2019	14/12/2019	13/12/2019
15/12/2019	15/12/2019	14/12/2019
16/12/2019	16/12/2019	15/12/2019
17/12/2019	17/12/2019	16/12/2019
18/12/2019	18/12/2019	17/12/2019
19/12/2019	19/12/2019	18/12/2019
20/12/2019	20/12/2019	19/12/2019
21/12/2019	21/12/2019	20/12/2019
22/12/2019	22/12/2019	21/12/2019
23/12/2019	23/12/2019	22/12/2019
24/12/2019	24/12/2019	23/12/2019
25/12/2019	25/12/2019	24/12/2019
26/12/2019	26/12/2019	25/12/2019
27/12/2019	27/12/2019	26/12/2019
28/12/2019	28/12/2019	27/12/2019
29/12/2019	29/12/2019	28/12/2019
30/12/2019	30/12/2019	29/12/2019
31/12/2019	31/12/2019	30/12/2019
01/01/2020	01/01/2020	31/12/2019
02/01/2020	02/01/2020	01/01/2020
03/01/2020	03/01/2020	02/01/2020
04/01/2020	04/01/2020	03/01/2020
05/01/2020	05/01/2020	04/01/2020
06/01/2020	06/01/2020	05/01/2020
07/01/2020	07/01/2020	06/01/2020
08/01/2020	08/01/2020	07/01/2020
09/01/2020	09/01/2020	08/01/2020
10/01/2020	10/01/2020	09/01/2020
11/01/2020	11/01/2020	10/01/2020
12/01/2020	12/01/2020	11/01/2020
13/01/2020	13/01/2020	12/01/2020
14/01/2020	14/01/2020	13/01/2020
15/01/2020	15/01/2020	14/01/2020
16/01/2020	16/01/2020	15/01/2020
17/01/2020	17/01/2020	16/01/2020
18/01/2020	18/01/2020	17/01/2020
19/01/2020	19/01/2020	18/01/2020
20/01/2020	20/01/2020	19/01/2020
21/01/2020	21/01/2020	20/01/2020
22/01/2020	22/01/2020	21/01/2020
23/01/2020	23/01/2020	22/01/2020
24/01/2020	24/01/2020	23/01/2020
25/01/2020	25/01/2020	24/01/2020
26/01/2020	26/01/2020	25/01/2020
27/01/2020	27/01/2020	26/01/2020
28/01/2020	28/01/2020	27/01/2020
29/01/2020	29/01/2020	28/01/2020
30/01/2020	30/01/2020	29/01/2020
31/01/2020	31/01/2020	30/01/2020
01/02/2020	01/02/2020	31/01/2020
02/02/2020	02/02/2020	01/02/2020
03/02/2020	03/02/2020	02/02/2020
04/02/2020	04/02/2020	03/02/2020
05/02/2020	05/02/2020	04/02/2020
06/02/2020	06/02/2020	05/02/2020
07/02/2020	07/02/2020	06/02/2020
08/02/2020	08/02/2020	07/02/2020
09/02/2020	09/02/2020	08/02/2020
10/02/2020	10/02/2020	09/02/2020
11/02/2020	11/02/2020	10/02/2020
12/02/2020	12/02/2020	11/02/2020
13/02/2020	13/02/2020	12/02/2020
14/02/2020	14/02/2020	13/02/2020
15/02/2020	15/02/2020	14/02/2020
16/02/2020	16/02/2020	15/02/2020
17/02/2020	17/02/2020	16/02/2020
18/02/2020	18/02/2020	17/02/2020
19/02/2020	19/02/2020	18/02/2020
20/02/2020	20/02/2020	19/02/2020
21/02/2020	21/02/2020	20/02/2020
22/02/2020	22/02/2020	21/02/2020
23/02/2020	23/02/2020	22/02/2020
24/02/2020	24/02/2020	23/02/2020
25/02/2020	25/02/2020	24/02/2020
26/02/2020	26/02/2020	25/02/2020
27/02/2020	27/02/2020	26/02/2020
28/02/2020	28/02/2020	27/02/2020
29/02/2020	29/02/2020	28/02/2020
30/02/2020	30/02/2020	29/02/2020
31/02/2020	31/02/2020	30/02/2020
01/03/2020	01/03/2020	31/02/2020
02/03/2020	02/03/2020	01/03/2020
03/03/2020	03/03/2020	02/03/2020
04/03/2020	04/03/2020	03/03/2020
05/03/2020	05/03/2020	04/03/2020
06/03/2020	06/03/2020	05/03/2020
07/03/2020	07/03/2020	06/03/2020
08/03/2020	08/03/2020	07/03/2020
09/03/2020	09/03/2020	08/03/2020
10/03/2020	10/03/2020	09/03/2020
11/03/2020	11/03/2020	10/03/2020
12/03/2020	12/03/2020	11/03/2020
13/03/2020	13/03/2020	12/03/2020
14/03/2020	14/03/2020	13/03/2020
15/03/2020	15/03/2020	14/03/2020
16/03/2020	16/03/2020	15/03/2020
17/03/2020	17/03/2020	16/03/2020
18/03/2020	18/03/2020	17/03/2020
19/03/2020	19/03/2020	18/03/2020



CTC RECIFE PE PLZ
GERALDO LOPES DOS SANTOS
RUA SEPPIA 13 QU B5
OURO PRETO
53370-279 - OLINDA - PE

