

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	<u>AMARELO</u>	VERDE	AZUL
----------------	----------	----------------	-------	------

Nome: Leticia Ferreira da Silveira Idade: 30

Situação/Quela:

Acidente de moto com queimaduras de 2º grau.

Úvio com Bombeiros Militar

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA	P.	R.	T.	SpO2	HGT	Peso:	Glasgow
----	----	----	----	------	-----	-------	---------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO SIM NAO

Sonsciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Torax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	DATA	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	------	----------------

Fluxograma	PROTOCOLO
------------	-----------

Data: 25/06/2020

Assinatura/Carimbos

Diego Carvalho
Enfermeiro/Obstetra
CÓDIGO 397078

CONDUTA DE ENFERMAGEM

Assinatura/Carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 178207	Data e Hora do Atendimento 25/06/2020 às 13:23:50	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPEDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000123913 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA
 NS: 707500216231490 Nascimento: 15/10/1989 Idade: 30 anos Sexo: Feminino Cor: Parda

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: AGRICULTORA Naturalidade: PEDRA -PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Filiação:
 Ignorado Pai:
 Mãe: QUITERIA FERREIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA DR MANOEL ELPÍDIO DE MELO, Nº. 416 Complemento:

Airro: NILO COELHO Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone:

Acompanhante:

Corrência: Acidente de trabalho: Sim Não

Procedência: COHAB III Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

DATA: / / Hora: Médico: CRM: /

Queixa Principal:

IDA: *Queda de moto em l*
em bico esquerdo 06.15

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo:

Colisão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro

Impacto: Sim Não Local do Impacto:

Síntoma de Ferimento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m

Queimadura: Sim Não Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que:

Exame físico:

1: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °C
----------	--	--	-----------

2: Respiratório

3: Circulatório	PA: x mm Hg	P脉搏: bpm
-----------------	-------------	----------

4: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocôricas Anisocôricas

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:
---	---	---

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Cód. Procedimento

Ass. Médico + Carimbo

Dr. RICARDO MACHADO

Ass. Enfermeira + Carimb.

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Intervenções

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Pneumоторакс

Condição da Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Curado Melhorado

Transferido para:

Inalterado Piorado

Internado na Clínica:

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

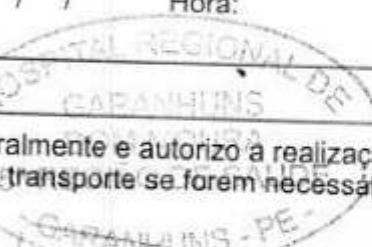
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

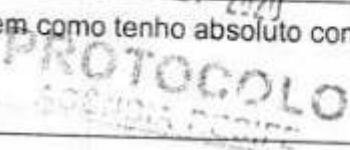
Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



22 SET 2020



Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lucyclaudia ferreira da silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 | 0 | 7 | 5 | 0 | 0 | 2 | 1 | 6 | 2 | 3 | 1 | 4 | 9 | 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

15 / 10 / 1989

9 - SEXO

Masc

Fem

6 - N° DO PRONTUÁRIO

00255580

10 - RACA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

Quiteria ferreira da silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Dr.Emanuel Epídio de melo,n:416 Dom Helder camara

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Garanhuns

17 - CÓD. IBGE/MUNICÍPIO

2606002

18 - UF

P

19 - CEP

55291020

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

Doença de base crônica MSK, debilitante e incapacitante. Exacerbatórios e pós-acute. Dor e hipotensão arterial MSK.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Necessidade de cuidado

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

apneofremito

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020393

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNACAO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Adriano Trindade Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM 7351

PROFESSOR ADRIANO TRINDADE FREITAS CRM 7351

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

12 SET 2020

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

262010489996 - 2

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ATRIBUIÇÃO (CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

12

02

27/06 a 30/06/2020

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO EXIGENTE
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS
MÉDICO SOLICITANTE
RÁDNER CAVALCANTI DE MAGALHES MAURICIO

DATA DA SOLICITAÇÃO:
25/06/2020 15:53

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
CRM - 23544

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Nº DO PROFISSIONAL:
727910

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO:

15/10/1989

SEXO:

Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
QUITERIA FERREIRA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
DOR E DEFORMIDADE EM MIE. DATA DA FRATURA 25/06/2020

- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):
RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA DE UMERO ESQUERDO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

DOCUMENTO:
() CNS (X) CPF

Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/EXECUTANTE:
06973970469

COMPROV. MÉDICO PRESTADORA S/A
28 SET 2021

28 SET 2021

28 SET 2021

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

26/06/20 14:26

TIPO DE LUTO:

CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

JOSEANE CLECIA PATRIOTA NOGUEIRA DE CARVALHO

DATA DA SOLICITAÇÃO:

25/06/20 15:53

DOCUMENTO:

() CNS (X) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

94579440463

CÓD. ÓRGÃO EMISOR:

CRM 13769

ESCLARECIMENTOS

Pernambuco

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data / Hora

Tipo de Comunicação

Usuário

Estabelecimento

26/06/20 14:

Telefone

ISABELAAP

CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE

Contato

ENF LUANA

Titulo da Comunicação

MONITORAMENTO

Descrição

SOLICITO A ENFERMEIRA LUANA (HDM) BREVIDADE NO ENVIO DE IMAGENS DE RAIO-X , SOLICITADO POR ENF CAMILA(CSSV)
PARA DEFINIÇÃO DE SOLICITAÇÕES.

CRH NO AGUARDO,

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA

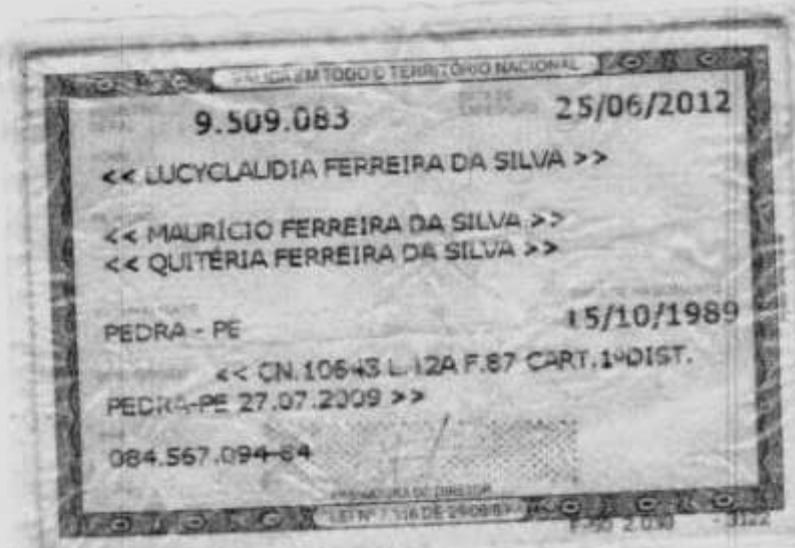


Hospital São Vicente

Data Atend: 27/06/2020	Atendimeto: 0037698	Quarto/leito: 306 / 4
Paciente: 00255580 - LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA		
Cirugia Realizado:	N. do Procedimento:	
<i>Osteosseos featos Vasopese uniao f</i>	<i>0408020 393</i>	
Data: 29/06/2020	Inicio:	Término
Cirurgião: <i>Fábioenir</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Hercy</i>		
DESCRÍÇÃO CIRURGICA:	<i>Sob suspeita de sepsis. Ms f, Seio do face sintomas bons f, dolorosa face pleio desse, reduz da febre e osteosseos, visto o placar das glosas e o p. R. Estetica 4.5, endoscop. Sintoma no pleio + Preserv</i>	
<p style="text-align: right;"><i>Antônio Rodrigues de Freitas CRM-7351 CPF: 000.650.002-25</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Assinatura do Cirurgião</i></p>		

29 SET 2020

PROTOCOLO





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/2002

NOTA-FISCAL - NATUREZA - CONTA DE

DIRECCIÓN DEL CLIENTE

卷之三

CEC-2019-14-0003-102376004

ENFERMOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

PRINTER: FAXCOMER-1704-
26

DOM HELLER, AMERICAN JAPAN INSTITUTE
GARANTINS PE

CONT. CONTADO NÚMERO
70006880157 DATA 24/01/17
70006880158 19/01/2018
19/01

ANEXO II - INSTRUÇÃO DA NOTA FISCAL

W DA ROTA FISCAL **W DA INVESTIMENTO**

A NOTA FISCAL
VALOR R\$ 00

Consumo 80% em 30' web
Consumo Ativo superior a 75% de 1000mW
acesso a Internet SEMPRE
Latitude de utilização da Função
Máx. para utilização HF-302371802 - 2010/17
Aviso de utilização HF-302371802 - 2010/17
Máx. para utilização HF-302371802 - 2010/17

A NOTA FINCA	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
30000000	1	1750000	1750000
30000000	1	1500000	1500000
			3250000
			3250000
			3250000
			3250000
			3250000

[COMO FAZER UMA DEDICADA PARA PESSOAS](#)

三一書院中學部 教科書圖文庫

www.BRACON-BEACHES.COM

The following is a list of the names of the members of the Board of Directors of the Corporation, their ages, their occupations, and the date of their election or appointment.

[CLIQUE AQUI PARA FECHAR](#)

...and the most important thing is that we have to make sure that our people are safe.

	VALOR ESTIMADO	LÍMITE GENERAL	LÍMITE TRANSPORTE	LÍMITE MINIMO
INC.	1.000.000	1.000.000	1.000.000	44.07
PER.	0.00	0.00	0.00	0.00
COR.	0.00	0.00	0.00	0.00

12.000 **12.000** **12.000**

COMPRESSEUR

1.º VOTO P. PRECOCIDAD SIA

29 SET 2020

PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346289 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 25/06/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.9_CIRURGIA.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273073/20

Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 084.567.094-84

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2020

Titular do CPF: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA : 084.567.094-84

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: 28/09/2020
Nome: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA
CPF: 084.567.094-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

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, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200346289

Vítima: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000003212-3

Conta: 0000062043-2

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, 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.

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 cartório ou ASL: 3 - CPF da vítima: 084.567.094-84 * Nome completo da vítima: Brucyelaudia Ferreira da Silva

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>Brucyelaudia Ferreira da Silva</u>	6 - CPF:	084.567.094-84
7 - Profissão:	8 - Endereço: <u>Recusou-se Rua 15 de Maio 6. milo</u>	9 - Número:	10 - Complemento: <u>45605</u>
11 - Bairro:	12 - Cidade: <u>Dom Helder</u>	13 - Estado:	14 - CEP: <u>PE 55294-358</u>
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): <u>(81) 9668-4814</u>	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> PRECISO 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 - MÉDIOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> 2
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> 3212	CONTA: <input type="text"/> 62043
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização Seguro DPVAT (Lei 6.194/74), visto 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.

Sobre 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 avaliação médica preventiva, caso necessário, de outras Seguradoras Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	25 - Data da morte da vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:	<u>Brucyelaudia Ferreira da Silva</u>		

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem a condição, assim, 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 rogo)

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

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

40 - Local e Data,

Garanhuns, 02/09/20

X Brucyelaudia Ferreira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CRUZ DA BAÍA EXPEDIDOS
RUA MÁURICIO DA HAVANA, 82 0
SANTO ANTONIO CORRÊAS PE

VIB.2 12/06/2020 10:16
TERM 600004 1616 600002023768742

NOME 160219

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC. 163212 - CARREIRAS CENTRO
PACB :313 - CASAS BAIXA-LO 4 1749

AGÊNCIA :03212-GARAHUÍS CENTRO

CONTA :00000000062043-2

NOME :LUCIA CLAUDIA FERREIRA DA

SILVA

DATA :12/08/2020

MORALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FÍSICA

TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

CESTA DE SERVIÇOS: CESTA EXPRESSO 4.0

R\$ 27,10

APESAR DO PROBLEMA, OS BENEFÍCIOS: N

100% BEM VINDA A NOSSA COMUNIDADE

100%

100%

CDP/CPFEI
COMPRA VIDA - PREVIDÊNCIA S/A

2º SET 2020

PROTOCOLO
CARTÓRIA PÚBLICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **20E0225001225**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2020** às **15:23**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **25/7/2020** às **12:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS, 1** - Bairro: **DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55294-822** - Ponto de Referência: **APOS O DEPOSITO DE GAS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVANIA FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **15/10/1989** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9509083/SDS/PE (RG), 08456709484 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 8799923995

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 416, RUA DR. EMANUEL ELPIDIO DE MELO, COHAB III (DOM HELDER CAMARA) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL** CRECHE

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

EVANIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/4/1991** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9017457/SDS/PE (RG), 10951998463 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 8799923995

Endereço Residencial: **RUA JOAO DOMINGOS DA CUNHA VALENCA FILHO, 1016, COHAB III - CEP: 0 - Bairro: DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: PRETA - Quantidade: 1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARCEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA RELATANDO QUE ESTAVA ANDANDO PELA RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS COM DESTINO SUA RESIDENCIA, QUANDO DEREPELENTE UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA NAO IDENTIFICADA EM VELOCIDADE INCOMPATIVEL PARA VIA A ATROPELOU, VINDO AVITIMA CAIR E TER FRATURA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA NESTE MUNICIPIO SENDO MEDICADA E FICANDO INTERNADA, LOGO APOS FORA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE SERRA TALHADA PARA FAZER A CIRURGIA. A VITIMA NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR QUEM ESTAVA PILOTANDO A TAL MOTOCICLETA, E O IMPUTADO NÃO FICOU PARA PRESTAR SOCORRO.

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

Lucyclaudia ferreira da Silva
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

(VITIMA)

Evânia Ferreira da Silva
EVÂNIA FERREIRA DA SILVA

(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **DRAYTON EVANI VIANA PASSOS** - Matrícula: **320322-0**
(Liberado em **06/08/2020 às 15:58**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ºCIRC
DINTER1/18ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0225001227**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2020** às **16:10**

Complementa o BO Número: **20E0225001225**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2020** às **12:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS, 1** - Bairro: **DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55294-822** - Ponto de Referência: **APOS O DEPOSITO DE GAS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVANIA FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **15/10/1989** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9509083/SDS/PE (RG) 08456709484 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 8799923995

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 416, RUA DR. EMANUEL ELPIDIO DE MELO, COHAB III (DOM HELDER CAMARA) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL, CRECHE SIA**

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

EVANIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **MAURICIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/4/1991** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9017457/SDS/PE (RG) 10951998463 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 8799923995

Endereço Residencial: **RUA JOAO DOMINGOS DA CUNHA VALENCA FILHO, 1016, COHAB III - CEP: 0 - Bairro: DOM HELDER CAMARA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA RELATANDO QUE ESTAVA ANDANDO PELA RUA RADIALISTA FLAUBERTO ELIAS COM DESTINO SUA RESIDENCIA, QUANDO DEREPEENTE UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA NAO IDENTIFICADA EM VELOCIDADE INCOMPATIVEL PARA VIA A ATROPELOU, VINDO AVITIMA CAIR E TER FRATURA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA NESTE MUNICIPIO SENDO MEDICADA E FICANDO INTERNADA, LOGO APOS FORA ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE SERRA TALHADA PARA FAZER A CIRURGIA. A VITIMA NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR QUEM ESTAVA PILOTANDO A TAL MOTOCICLETA, E O IMPUTADO NÃO FICOU PARA PRESTAR SOCORRO.ESTE BOE FOI COMPLEMENTADO POIS HAVIA SIDO COLOCADO A DATA DO FATO EQUIVOCADO.

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

Lucyclaudia Ferreira da Silva
LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

(VITIMA)

Evania Ferreira da Silva

EVANIA FERREIRA DA SILVA

(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **DRAYTON LIVANI VIANA PASSOS** - Matrícula: **320322-0**
(Liberado em **06/08/2020 às 16:13**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE
 2 - N° do cartório ou ASL: 3 - CPF da vítima: 084.567.094-84 * Nome completo da vítima: Brucyelaudia Ferreira da Silva

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>Brucyelaudia Ferreira da Silva</u>	6 - CPF:	084.567.094-84
7 - Profissão:	<u>Recusou-se</u>	8 - Endereço:	<u>Rua 15 de Maio 6. milo</u>
9 - Bairro:	<u>Dom Helder</u>	10 - Cidade:	<u>Jananhuns</u>
11 - Estado:	PE	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:		14 - CEP:	55294-358
		15 - Tel (DDD):	(81) 9668-4814

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> PRECISO INFORMAR	■ R\$1,00 A R\$1.000,00	■ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	■ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	■ ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTAS: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTAS: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)			

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização Seguro DPVAT (Lei 6.194/71), visto 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.

Souber 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 avaliação médica preventiva, caso necessário, de outras Seguradoras Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	25 - Data da morte da vítima:	SET 2020
------------------------------	-----------------------------------	--	--	---	--------------------------------	-------------------------------	----------

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem as condições acima mencionadas, ainda que qualquer omissão ou declaração não verdadeira possa 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 rogo)

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

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

40 - Local e Data,

Garanhuns, 02/09/20

X Brucyelaudia Ferreira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CRUZ DA BAÍA EXPEDIDOS
RUA MÁURICIO DA HAVANA, 82 0
SANTO ANTONIO CORRÊAS PE

VIB.2 12/06/2020 10:16
TERM 600004 1616 600002023768742

NUTE 160219

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC. 163212 - CARREIRAS CENTRO
PACB :313 - CASAS BAIXA-LO 4 1749

AGÊNCIA :03212-GARAHUÍS CENTRO

CONTA :00000000062043-2

NOME :LUCIA CLÁUDIA FERREIRA DA
SILVA

DATA :12/08/2020

MORALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FÍSICA

TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

CESTA DE SERVIÇOS: CESTA EXPRESSO 4.0

R\$ 27,10

APESAR DO PROBLEMA DE BENEFÍCIOS, N

100% BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

BEM VINDA A NOSSA AGÊNCIA

100%

COMPRA VIDA - PREVIDÊNCIA S/A

2º SET 2020

PROTÓCOLO



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

DInter/ 1 - 6º Grupamento de Bombeiros

Garanhuns-PE, 17 de julho de 2020.

N/I

BRUNO ANDERSON SILVA DE ASSIS
Cap QOC/BM - Comandante da 1^ªSB

Severina ADRIANA P. de Lacerda



Cap. QOC/BM

Mat.: 704032-6

V I S T O

N/I

Comandante do 6º GB

Getúlio Lemos Cavalcante Junior

Maj QDA/BM
Mat. 930134-8

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 0016/20 - 6º GB

O Comandante da 1^ª SB, do 6º Grupamento de Bombeiros, do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, por solicitação do Sr. Adriano Carlos Leite dos Santos, RG 35.285.397 SSP/AL, CPF 057.227.364-90, residente e domiciliado na Rua Dom José, nº105, Centro, Garanhuns - PE certifica que, foi deslocada a viatura AR 664, da 1^ªSB/6ºGB Garanhuns, aproximadamente às 12h57min, do dia 25 de junho de 2020, para atender a uma ocorrência de possível acidente de trânsito, queda de moto, porém, a guarnição que socorreu a vítima não encontrou moto no local, ocorrido na Rua Flauberto Elias, s/n, Cohab III, Garanhuns- PE. Vítimando a pessoa de Lucyclaudia Ferreira da Silva, que apresentava escoriações no membro superior esquerdo e ferimento no membro inferior esquerdo, em decorrência do acidente.

A mesma foi conduzida ao Hospital Regional Dom Moura, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como prontuário nº 978.207.

A presente Certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 1^ª Seção de Bombeiros (1^ªSB) e pelo Comandante da Unidade. 3º Sgt BM Mat. 798078-7 Daniel Alves Cavalcante - Auxiliar da 1^ªSB,

Daniel Alves Cavalcante
3º Sgt/BM
Mat. 798.078-7



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCYCLAUDIA FERREIRA DA SILVA

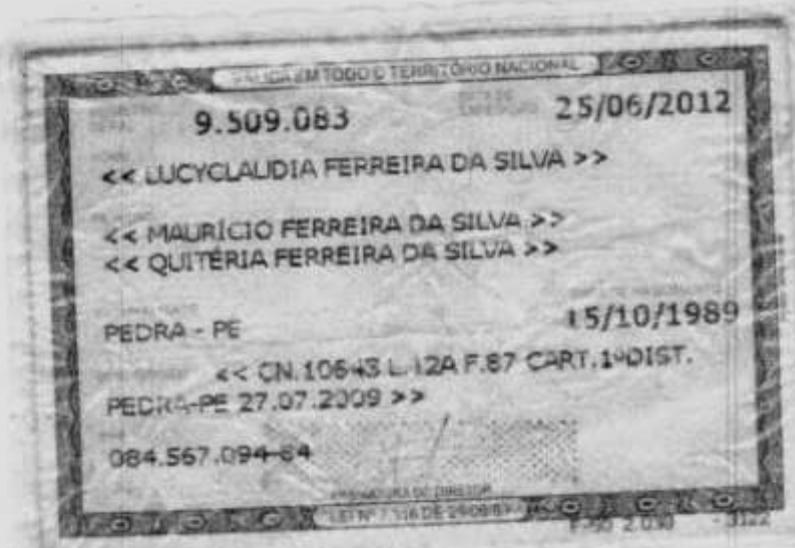
BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 000000062043-2

Nr. Autenticação

BRADESCO13102020050000000002370321200000062043236250 PAGO





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/2002

NOTA-FISCAL - NATUREZA - CONTA DE

DIRECCIÓN DEL CLIENTE

卷之三

CE 2019-14-0003 10537604

ENFERMOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

PRINTER: FAXCOMER-1704-
26

DOM HELLER, AMERICAN JAPAN INSTITUTE
GARANTINS PE

CONT. CONTADO NÚMERO
70006880157 DATA 24/01/17
70006880158 19/01/2018
19/01

[COMPREENDENDO A NOTA FISCAL](#)

W DA ROTA FISCAL **W DA INVESTIMENTO**

Consumo 80% em 30 web
Consumo 80% supermercado em 100 web
acesso ao Brasil e o COMMERCE
Centro, de consumo e Finanças
Mais de 100 mil web - 2010/11
Mais de 100 mil web - 2011/12
Mais de 100 mil web - 2012/13

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30 BUDINOS	1.128000	33.84
20 XAROPE	1.264000	25.28

[COMO FAZER UMA DEDICADA PARA PESSOAS](#)

www.scholarone.com/scholarone/

www.IdeasInAction.com

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

Consequently, the following recommendations are made:

REVIEW *How to Write a Book That Sells: A Step-by-Step Guide to Writing Your Best-Selling Book* by Michael H. Hyatt (Berkley Publishing Group, 2007)

	VALORE MILLIONI	LIMITE MINORALE	LIMITE INTERNAZIONALE	LIMITE MAIORALE
QSC	1.000.000,00	100.000	250.000	44.000
PIR	1.000.000,00	100.000	250.000	44.000
CORS	1.000.000,00	100.000	250.000	44.000

40

COMPRESOR DE AIRE Y DISTRIBUIDORA SIA

29 SET 2020

PROTOCOLO