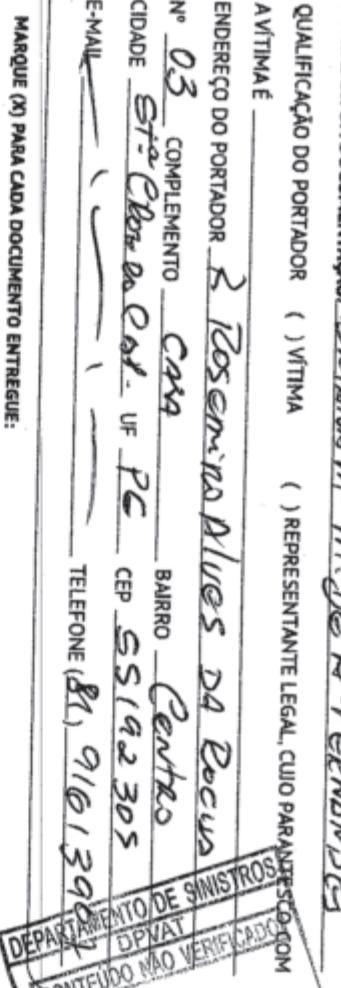


IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA J. P. J. Ton. Gomes de SouzaDATA DO ACIDENTE 18-06-19 CPF DA VÍTIMA 012.492.914-10PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adriana M. M. de A. FernandesQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTE(S) COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E OA VÍTIMA É VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTE(S) COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E OENDERECO DO PORTADOR R. Rosemiro Alves da Rocca CPF DA VÍTIMA 012.492.914-10Nº 03 COMPLEMENTO Casa BAIRRO CentroCIDADE Itaúna UF MG CEP 55192-305E-MAIL TELEFONE (31) 9161-3900

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO * Morte = R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORADATA 25-07-19 DATA IDENTIDADE 4.910.389.551-00 NOME ASSINATURA J. P. J. Ton. Gomes de Souza NOME

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JAILTON GOMES DE SOUZA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 7.693.833 SDS-PE CPF: 012.492.914-10

DATA DO ACIDENTE: 18/06/19

COBERTURA : INVALIDEZ

VÍTIMA: JAILTON GOMES DE SOUZA

ENDEREÇO: RUA PAU BRASIL – 70 – STO AGOSTINHO – SANTA CRUZ DO CAP. – PE.



OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04

ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUÍ MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE), 25 DE JULHO DE 2019.

ASSINATURA

Jailton Gomes de Souza

RECONHECER FIRM



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
SANTA CRUZ DO CABIBARIBE

Tabelião: ISAAC AÉGIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Siqueira Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Cabibaribe-PE - Fone: (81) 3731-0769

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JAILTON GOMES DE SOUZA.....
Dou fe. Santa Cruz do Cabibaribe, 25/07/2019 - Total: 4,91.....
Em Testemunho _____ da verdade.....
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrivente.....
Selo(s): 0169467. IM007201901.02745.....
* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital.....



SANTA CRUZ DO CABIBARIBE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292110/19

Vítima: JAILTON GOMES DE SOUZA

CPF: 012.492.914-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2019

Titular do CPF: JAILTON GOMES DE SOUZA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JAILTON GOMES DE SOUZA : 012.492.914-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/08/2019

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

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497279

Vítima: JAILTON GOMES DE SOUZA

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILTON GOMES DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

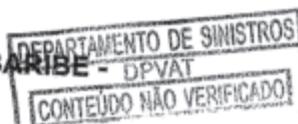


543271

0292110/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0218002987



23 AGO 2019

Gente Seguradora S/A
 17 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife PE CEP: 52011-04

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2019 às 16:17**
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia
18/06/2019 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA DE ACESSO AO
 BAIRRO SANTO AGOSTINHO - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO DANTAS DE OLIVEIRA JUNIOR (OUTRO)
JAILTON GOMES DE SOUZA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILTON GOMES DE SOUZA**

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

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

ANTONIO DANTAS DE OLIVEIRA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JAILTON GOMES DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZIA GOMES SOARES DE SOUZA** Pai: **JOSE PAULO DE SOUZA** Data de Nascimento: **12/11/1982** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7693833/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: **- 81997183494**

Endereço Residencial: **RUA PAU BRASIL, 70 - CEP: 0 - Bairro: VILA SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO DANTAS DE OLIVEIRA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILTON GOMES DE SOUZA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJS4105** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **16404808** Chassi: **9C2KC1520R024666**
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

A VITIMA CONDUZIA SOZINHO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE PLACA KJS-4105 PELA VIA DE ACESSO DO SANTO AGOSTINHO NO SENTIDO BAIRRO DO SANTO AGOSTINHO - CENTRO SANTA CRUZ DO CABIBARIBE QUANDO UM OUTRO CONDUTOR NAO IDENTIFICADO NUMA MOTOCICLETA TAMBEM NAO IDENTIFICADA CRUZOU A VIA VINDO DE UMA TRANSVERSAL ADENTRANDO A VIA DE FORMA IRREGULAR E REPENTINA; QUE A VITIMA TENTOU EVITAR A COLISAO MAS NAO CONSEGUIU E ENTAO COLIDIU COM A MOTOCICLETA QUE CRUZARA A VIA; O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL APÓS O OCORRIDO; QUE EM VIRTUDE DA COLISAO SOFREU LESOES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ A UPA 24H SANTA CRUZ DOCABIBARIBE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MEDICOS;

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

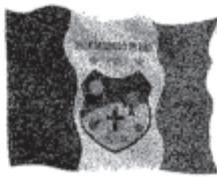
Jilton gomes de souza

JAILTON GOMES DE SOUZA
(VITIMA)

Carlo

B.O. registrado por: **GEORGE DE OLIVEIRA SOUSA** - Matrícula: 273066-9



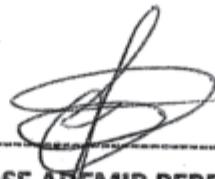


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JAILTON GOMES DE SOUZA** nascido em 12/11/1982 esteve nesta unidade hospitalar no dia 18/06/2019 por volta das **13h40min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de JULHO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



*José Ademir Pereira
Diretor
Unidade Pronto Atendimento 24h
MAT. 514592*

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13.40

Doenças preexistentes:

Aerojet

Uso de medicações:

CLASSIFICAR COMO VERMEI HA

Apnéia (); Cianose (); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
 Pulso Ausente(); Sudorese(/); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
 Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
 Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemias com sudorese intensa();
 OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, quações(); Dor abdominal sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS: Perímenopausa

CLASSIFICAR COMO AZUL

CLASSIFICAR COMO AZUL
Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

BRUNO
-
+ ENFESSA
CRAVATTA

Opposite Off
Station - Off

1947-23401
John Peter
Lilly Library
Indiana University



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50030-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
JAILTON GOMES DE SOUZA

CPF: 012 492 914-10

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PAUL BRASIL 70
STO AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55181-612

CONTA CONTRATO 7026614311 MÊS/ANO 07/2019

DATA DE VENCIMENTO 19/07/2019 DATA DE VENCIMENTO LUTA 14/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 111,46

Nº DA NOTA FISCAL	TIPO	PERÍODO
089501901	UNICA	12/07/2019
13/07/2018	2010787493	04/08/2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	130.000000	0,78083085	101,48
Centrib Ilum. Pública Municipal			0,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 081857543-14/05/18			5,45
Multa por atraso-NF 081857543-14/05/18			1,00
Juros por atraso-NF 081857543-14/05/18			2,58
Atualização IGP-M-NF 081857543-14/05/18			0,94
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,42
			-1,28

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS
317100530			12/06/2019	2827,00	12/07/2019	2867,00	30

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		DESCRIÇÃO DO CONSUMO	
AB/19	130			Gerador de Energia	R\$ 27,84
JUN19	144			Transmissão R\$ 3,69	32,07%
MAR19	164			Distribuição (Carga)	R\$ 22,40
ABR19	159			Pédes de Energia R\$ 7,05	21,00%
MAR19	166			Excesso Sais/altos R\$ 4,21	5,00%
FEV19	158			Total R\$ 100,00	100,00%
JAN19	127				
DEZ18	161				
NOV18	178				
OUT18	163				
SEI18	139				
AGO18	132				
JUL18	116				

E13B 58C1 92DA C244 D13B AFPA DC00 41DA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Peço que conste nessa fatura que o cliente é cliente da CELPE. Tua maior fornecedora de energia elétrica. Atualmente em dezembro de 2018 consta nessa fatura que o cliente é cliente da CELPE. Companhia Energética de Pernambuco S.A. que é a responsável pelo fornecimento de energia elétrica ao cliente. O cliente é informado que o fornecimento de energia elétrica é feito mediante contrato de fornecimento, podendo ocorrer a suspensão do fornecimento, podendo também ser cortado o fornecimento no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! CRISE! INFORMAR QUE VOU PEGAR CONTA SEM AVISO

SOMA DE 15 DIAS, DESDE OS EXISTENTES CAUSADORES DE CORTES

Venda 18/07/19 Demanda 1200718 Venda 118,49 Venda 0 Venda 0

Este documento não autoriza o fornecimento de energia elétrica ao cliente, conforme definido em seu contrato de fornecimento. Caso o fornecimento de energia elétrica seja suspenso, o fornecedor poderá aplicar as penalidades previstas no art. 16 da Lei 10.438/02 e na legislação de energia elétrica, bem como outras normas legais ou regulamentares.

CONJUNTO	APURADO	VALOR MÉDIO	LIMITE MÉDIO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	NÍVEIS DE TENSÃO	
						LIMITE MÉDIO (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,18	10,34	20,72	41,44	5,18	0,00
PIG	0,00	3,20	6,82	13,26	26,52	3,20	0,00
UNIC	0,00	2,94	0,00	0,00	0,00	2,94	0,00

Limitador: 12,22 EU00 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 39,70

CONTA CONTRATO 7026614311 MÊS/ANO 07/2019 DATA DE VENCIMENTO 19/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 111,46

83880000001-1 11460011007-5 02661431110-5 14047230203-0



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRATO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 LWS
Graças - Recife / PE



CELPE
Companhia Energética do Pernambuco

Av. Almeida Braga, 111 - Rio das Pedras - PE - CEP: 50020-002
CNPJ 10.055.020/0001-00 | Fone: Ext. 0002/543-91 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

AUDIRIANA MARIA MOLDE DE A. FERREIRA

Rua Rosário Alves Pochas, 3

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMO

CEP: 50020-002

RECIFE - PE

50020-002

05/06/2018

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

94-55

9

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

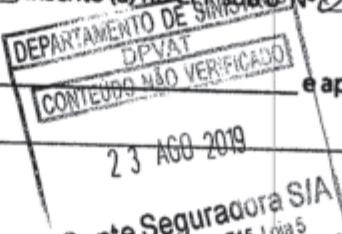
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Adriana M. M. de A. Fernandes Inscrito(a) no CPF sob o Nº 945.234.441-04
 na qualidade de Procededor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Hamilton Gomes de Souza Inscrito(a) no CPF sob o Nº 012.492.914-10
Hamilton Gomes de Souza do sinistro de DPVAT cobertura INV - da Vítima Inscrito(a) no CPF sob o Nº 012.492.914-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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



23 AGO 2019

Centro Seguradora SIA
 Rua Barbosa, 715 Lojas 5
 (011) 3011.0400

Recuso Informar

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

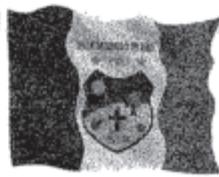
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>R Rosembero Alves da Rocha</u>	Número	<u>03</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>St. Paulo Cpr.</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>11 3192-3005</u>

St. Paulo, 26 de Julho de 2019
 Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

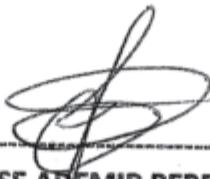


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JAILTON GOMES DE SOUZA** nascido em 12/11/1982 esteve nesta unidade hospitalar no dia 18/06/2019 por volta das **13h40min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de JULHO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



*José Ademir Pereira
Diretor
Unidade Pronto Atendimento 24h
MAT. 514592*

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 23 : 40

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, quações(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS: *Permaneço em pé ① pos trauma*

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO()

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

Ass. e Carimbo do Enfermeiro
ENFERMEIRO
CARIMBO

*Operante 0,000
Relatório: 0,000*

Ass. e Carimbo do Enfermeiro
CARIMBO
DATA: 20/01/2010
Ass. e Carimbo do Enfermeiro

RECEITUÁRIO

Nome: JAILTON Gomes de Souza

ENCAMINHO

PACIENTE TRAZIDO POR TERCEIROS, 37 ANOS, VITIMA DE COLISÃO (MOTO/MOTO), SEM TCE, APRESENTA LESÃO DE TOCONTUSA ENTRE 4º e 5º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

Ao exame Físico:

EEG, LOTE, NORMOCORÁPO, ACIANTÓICO, AFEBRIL, ANIFÉTICO, EUPNÉICO, HIDRATADO.

GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORIAS E FOTORREAGENTES.

Foi feita RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO ONDE EVIDENCIOU FRATURA FRAGMENTADA DO 5º PODODÁCTILO (FALANGE PROXIMAL). # HD: FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO # CD: SOLICITO AVULSAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA.

#

N°:

Data: 1/1/

Ingrid Pereira
CRM/PE 23401
18 JUN. 2018
MÉDICO

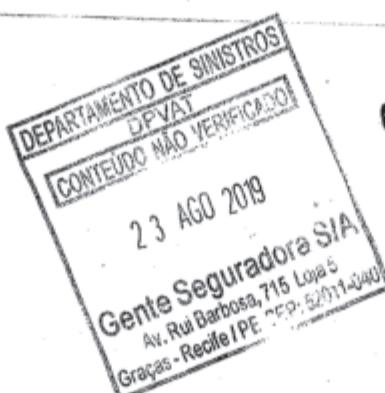
Nome:

Medicamentos:

Rg.:

Data: 1/1/

MÉDICO



CÓPIA AUTORIZADA

