

NEELING

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
CEP: 62011-900

Gente Segura
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
FONE: 32011

Graças - Recife / PE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Adilton Gomes de Souza

DATA DO ACIDENTE 18-06-19 CPF DA VITIMA 012.492.914-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adeliana M. de A. Fernandes

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARAFRASECO, COM A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR R. Rosalina Alves da Rocha

Nº 03 COMPLEMENTO Cará BAIRRO Centro

CIDADE Sto. Elói do Car. UF PE CEP 55192-305

E-MAIL _____ TELEFONE (81) 91613904

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

Seguradora S/A
Rua Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-000

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- COMPROVANTES FISCALIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 VITIMA 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 FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25-07-15

IDENTIDADE Adeliana M. de A. Fernandes

ASSINATURA Adeliana M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

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.

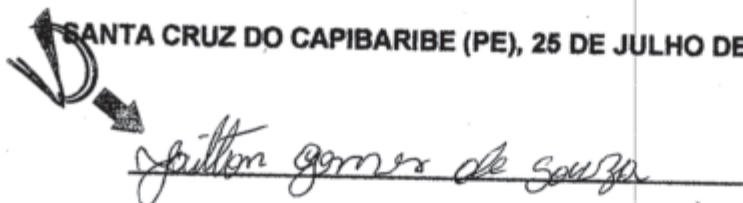
OUTORGADO



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 CAPIBARIBE (PE).

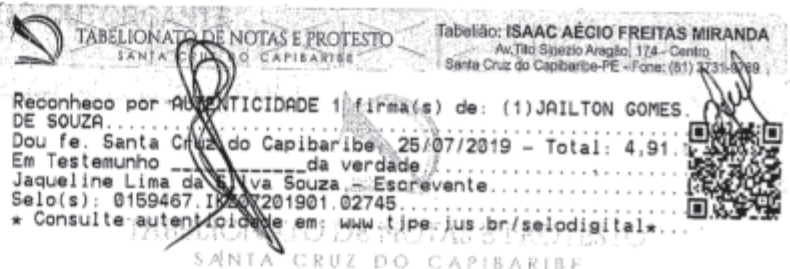
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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



ASSINATURA

RECONHECER FIRMA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292110/19

Vítima: JAILTON GOMES DE SOUZA

CPF: 012.492.914-10

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/06/2019

Titular do CPF: JAILTON GOMES DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

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

Data da entrega: 23/08/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218002987

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - 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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/6/2019 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA DE ACESSO AO BAIRRO SANTO AGOSTINHO** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO**
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 CAPIBARIBE 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 APOS O OCORRIDO; QUE EM VIRTUDE DA COLISAO SOFREU LESOES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES ATE A UPA 24H SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MEDICOS;

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

Jailton Gomes de Souza
JAILTON GOMES DE SOUZA
(VITIMA)

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 de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Verch

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0239373 18/06/2019 13:40:32

Paciente: JAILTON GOMES DE SOUZA

Sexo: MASC

D. Nasc.: 12/11/1982

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: LUIZA GOMES SOARES DE SOUZA

Pai: JOSE PAULO DE SOUZA

Endereço:

Bairro:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0244990

SUS:

Idade: 37 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 150 x 80 mmHg

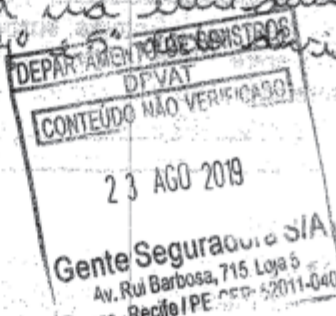
Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual: *Por der entrada na unidade com ferimento cortante em pé direito entre 4º e 5º dedo, tendo sido a colisão moto moto.*

Exame Físico:



Diagnóstico Provisório: *FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 5º PODODÁCTILO DIREITO*

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta: *1) RX de pé direito*
2) Limpeza
3) Sutura + curativo (SUSPENSO)

4) TRAMAL 100mg CIFA + 100ml SFO 9% (ev) 14.40h

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

5) CEFALOTINA 1g C2FA + AD (ev) 14.40h

6) PURO de tramadol
atendida
MRA - 5708708

Ingrid Pereira
23401
18 JUN. 2019

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:40

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 24 horas (); 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 (); Lombargia 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: Perimanto em pé 1º ao trauma

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 diarreia 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 ()


ENFERMEIRO
CRESS-PA 12345

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

*o paciente está
deitado. está a*


Equipe de Enfermagem
FAM-PA 2340



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PAU BRASIL 70

CPF: 012 492.914-10

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

STO AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55191-612

7026614311	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE RECEITA PROPOSTA LÍQUIDA
19/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	111,46

Nº DA NOTA FISCAL	UNICA	EMISSÃO
089520201		13/07/2019
APPROVAÇÃO	Nº DO SUBSTITUTO	Nº DA INSTALAÇÃO
13/07/2019	2010707498	B480354

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	130,0000000	0,78083085	101,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 081857543 - 14/05/19			1,00
Multa por atraso-NF 081857543 - 14/05/19			2,88
Juros por atraso-NF 081857543 - 14/05/19			0,94
Atualização IGPM-NF 081857543 - 14/05/19			0,42
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-1,28

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										111,40
Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
317160530	CAT	12/06/2018	2 827,00	12/07/2018	2 857,00	30	1,00000		130,00	
HISTÓRICO DE CONSUMO										

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPENSAÇÃO DO CONSUMO	
PERÍODO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO ICMS	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS	VALOR DO ICMS	VALOR DO PIS
JUL 19 130						
JUN 19 144						
MAY 19 164						
ABR 19 150						
MAR 19 166						
FEB 19 108						
JAN 19 127						
DEZ 19 181						
NOV 18 178						
OUT 18 163						
SET 18 139						
AGO 18 132						
JUL 18 116						

TARIFAS APLICADAS	
ICMS	25,00
PIS	0,83
COFINS	3,00
Total	28,83

COMPENSAÇÃO DO CONSUMO	
Gerador de Energia	R\$ 31,54
Energetico	R\$ 3,69
Distribuidor (Cepel)	R\$ 22,40
Perdas de Energia	R\$ 7,05
Energetico Saneamento	R\$ 5,27
Tributos	R\$ 1,50
Total	R\$ 69,45

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj 102
Gracas - Recife/PE

[illegible]

ATENÇÃO: O CELP INFORMA QUE VOSSE POSSUM CONTAS EM AGUENTO

Período	Debitos	Credito	Saldo
1998/9	120718	11887	

Em uma análise mais aprofundada dos dados, observamos que a maioria dos entrevistados (75%) possui uma renda mensal entre R\$ 1.000 e R\$ 2.000. Isso sugere que a população-alvo do estudo é composta principalmente por indivíduos de baixa e média renda. Além disso, a maioria dos entrevistados (60%) possui um nível de escolaridade entre o ensino médio e o ensino superior incompleto. Esses dados são importantes para a interpretação dos resultados e para a identificação de possíveis fatores de confusão.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR APROXIMADO (Hz/24h)	LIMITE		LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
		DIÁRIO	TRIMESTRAL			MINIMO	MAXIMO
SANTA CRUZ DO CACAPU	0,00	0,10	10,30	30,70	110	95	105
PIG	0,00	3,10	6,80	19,20	110	95	105
UNIC	0,00	2,04	0,00	0,00	110	95	105

Limite DIÁRIO: 12,22

R\$100 = Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 20,70

CONTA CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7028514311	07/2019	19/07/2019	
838800000001-1 11460011007.5 028801			111,46



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES inscrito(a) no CPF sob o Nº 945.234.441-04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaílton Gomes de Souza inscrito
(a) no CPF sob o Nº 012.492.914-10, do sinistro de DPVAT cobertura INV da Vítima
Jaílton Gomes de Souza, 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:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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>R. Roscimito Alves da Rocha</u>			Número	<u>03</u>	Complemento	<u>CRA</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Stº Cruz do Cap. PE</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55192305</u>
Email	_____			Telefone comercial(DDD)	_____		
				Telefone celular (DDD)	<u>81 91613907</u>		

Stº Cruz do Cap. PE de 25 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 de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

Verch

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0239373 18/06/2019 13:40:32

Paciente: JAILTON GOMES DE SOUZA

Sexo: MASC

D. Nasc.: 12/11/1982

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: LUIZA GOMES SOARES DE SOUZA

Pai: JOSE PAULO DE SOUZA

Endereço:

Bairro:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0244990

SUS:

Idade: 37 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 150 x 80 mmHg

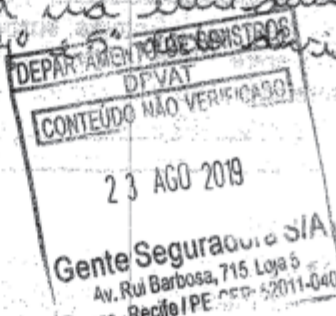
Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual: *Por der entrada na unidade com ferimento cortante em pé direito entre 4º e 5º dedo, tendo sido a colisão moto moto.*

Exame Físico:



Diagnóstico Provisório: *FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDÃO DIREITO*

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta: *1) RX de pé direito*
2) Limpeza
3) Sutura + curativo (SUSPENSO)

4) TRAMAL 100mg CIFA + 100ml SFO 9% (ev) 14.40h

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

5) CEFALOTINA 1g C2FA + AD (ev) 14.44h

6) PURO de tramadol
atropina
MRA - 5708708

Ingrid Pereira
23401
18 JUN. 2019

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:40

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 24 horas (); 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 (); Lombargia 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: Perimanto em pé D no trauma

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 diarreia 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 ()


ENFERMEIRO
CRESS-PA 12345

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

*o paciente está em
deleção de vida*


Equipe de Enfermagem
FAM-PA 2340



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JAILTON Gomes de Souza

ENCAMINHO

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

AO EXAME FÍSICO:

EGB, LOTE, NORMOCORADO, ACIANOTICO, AFEBRIL, ANISTÉTICO, CUPNICO HIDRATADO.

GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

FOI FEITO RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO ONDE EVIDENCIOU FRATURA FRAGMENTADA DO 5º PODODÁCTILO (FALANGE PROXIMAL). # HD: FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO

CD: SOLICITO AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA.

#

N°:

Data: ___/___/___

Ingrid Pereira
CRM PE 23401

18 JUN. 2018

MÉDICO

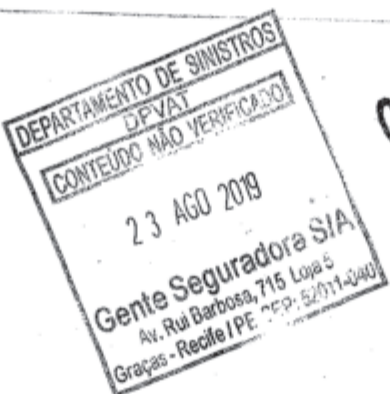
Nome: _____
Medicamentos: _____

MRA - 5708708

Rg.: _____

Data: ___/___/___

MÉDICO



CÓPIA AUTORIZADA

