



### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sra. Tarciane Maria Ferreira, Identidade: 9.426.955 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço, número da ocorrência – 4269 no dia 24 de Janeiro de 2019, às 09h e 35 min. com queixa de queda de Moto, na PE 103, no Município de Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 15 de maio de 2019.

Regina Moraes  
Coord. de Enfa do Samu Bezerros  
COREN 142524

REGINA MORAIS  
Coord. - SAMU  
Bezerros-PE



Prefeitura Municipal de Bezaros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		REGISTRO:	CARTÃO DO SUS: 909-803
Nº: 24-01-19		HORA: 10:12	TELEFONE: 9906-8899
NOME: Tamiara Maria Ferreira		IDADE: 19 anos	
MÃE: Maria Clurandina da Silva			
DATA DE NASCIMENTO: 13/09/1999		ACOMPANHANTE:	
D.: R. Rio São Bernardo Viúva		BAIRRO: Selgado N.º	

SINAIS VITAIS				
140/90 mmHg	HGT: 96 mg/dL	T: 36 °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
**I - Sinais de Emergência Imediata**  
**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O PC < 50 ou > 140 bpm O FR < 10 ou > 32 lpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou > 200 mmHg O PAD < 40 ou > 150 mmHg HGT < 40 ou > 400 mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatizado/Glasgow < 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 15% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

(- Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação)

**CLASSIFICAR COMO AMARELO**

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou > 180 mmHg O PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O História de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

**CLASSIFICAR COMO VERDE**

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Exaureca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

**CLASSIFICAR COMO AZUL**

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tossa, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames a receber não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

**CLASSIFICAÇÃO**

- ☐ Vermelho  
☐ Amarelo  
☒ Verde  
☐ Azul

estragada pelo S.M.O. após cabção de  
mãe + fratura em MS D

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES

Jessica Gonçalves de M. Silva  
Enfermeira  
Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

Queixas:

Doi com BNAO (E) + enxaqueca + dor no  
 abdômen inferior direito.

Exame físico:

CGR.

H.D.:

1 ano com BNAO (E) + dor no  
 abdômen inferior direito.

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1) Solicitar IBA L

2) Realizar IBA L

3) Fala Ceto

Transferir P.A

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

☒ Consulta simples  
☐ Consulta c/ Observação  
☐ Indicação (Internamento)

☐ Melhora  
☐ Solicitação  
☒ Transferência  
☐ Indisciplina  
☐ Óbito

Data:

Hora:

SIM ( )  
 NÃO ( )

DIAS:

Data: / /

Hora: :

Dr. Breno Moura  
 Médico  
 CRM 25792

Médt

original



Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA  
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) SENHA  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

5605 172

IDENTIFICAÇÃO  
Nome do Paciente: TARCIANE MA FERREIRA Idade: 19  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: 172  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)  
Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS  
História Clínica Atual: DOR EM BRIGO + CHEGADA +  
DESKIO APOIS QUEDA DE moto. SITEE  
Hipótese Diagnóstica: fratura em unguem

AVALIAÇÃO CLÍNICA  
Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorase: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

[Assinatura]  
[Rubrica]



## EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Inresponsivo ( )

## Escala de Coma de Glasgow (ECG)

## ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4  
 Abertura Ocular a Voz 3  
 Abertura Ocular a dor 2  
 Sem abertura ocular 1

## RESPOSTA VERBAL

Orientado 5  
 Confuso 4  
 Resposta Inapropriada 3  
 Sons Incompreensíveis 2  
 Sem resposta Verbal 1

## RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6  
 Localiza Estímulo Doloroso 5  
 Retirada ao Estímulo Doloroso 4  
 Descorticação 3  
 Descerebração 2  
 Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )  
 Dificuldade na fala ( )  
 Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
 ECG 3-8: TCE Grave  
 ECG 9-13: TCE Moderado  
 ECG 14-15: TCE Leve

## NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )  
 Lesões Intra-Torácicas: S ( ) N ( ) Fratura Pélvis: S ( ) N ( )  
 Lesões Intra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S ( ) N ( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )  
 Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )  
 Usou outras drogas: S ( ) N ( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )  
 Lólo ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) Anfetaminas ( ) Éxtase ( )

## CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )  
 Imobilização Tala Gessada: S ( ) N ( )  
 Antibioticoterapia: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Oxigenoterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )  
 Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )  
 Entubação Orotraqueal: S ( ) N ( )  
 Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_  
 FIO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S ( ) N ( )  
 RX: S ( ) N ( ) Analgesia: S ( ) N ( )  
 Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_  
 Outras Condutas: \_\_\_\_\_  
 Intercorrências: \_\_\_\_\_

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ECR. ECG 15. ANA H.  
 An: MW 47 ANH SM

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_  
 Médico Regulador: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

29/11/19  
 Local e data

Dr. Breno Moura  
 Médico  
 CRM 25792

Médico Assistente

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

*Diagnóstico*  
**HRA**

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 479212 Prontuário: 332619  
Nome: TARCIANE MARIA FERREIRA  
Data Nasc.: 15/04/1993 Idade: 19 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:  
CPF: RG: CNS:  
Endereço: RUA ANTONIO M. CASTANHA Nº: 4  
Bairro: POVOADO ENCRUZILHADA DE Cidade: BEZERROS Estado: PE  
CEP: 55660975 Fone: Profissão: AGRICULTOR  
Nome da Mãe: MARIA ELISSANDRA DA SILVA  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 24/01/2019 13:33

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Por vítima de acidente de moto - em +  
4 horas CI dor em cotovelo D.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Corr + 000m + 10

Diag. Provisório:

F. UMS-5 cotovelo D

1 - O-20w.

2 - SF 9,4x 1000 e (U).

3 - numeração n.º 83306

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário	
	Dr. Diarte
	CRM - 16117
	Ortopedia - Traumatologia
	Atendimento
	MIO-3 - cotovelo D. 10/19
	RAIO - X
	DATA 24/01/19
	Dr. Diarte
	CRM - 16117
	Ortopedia - Traumatologia

## FICHA DE ANESTESIA

N 227435

Atendimento: 479212

Pedido:



121125

Data Pedido: 24/01/2019

Controle: 97990

Paciente: 332619 TARCIANE MARIA FERREIRA

Leito:

Unid. Intern:

Nascimento: 15/04/1999 (19a 9m 11d)

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Setor Executante: RADIOLOGIA/

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Motivo: ROTINA

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

Sexo: FEMININO

Observações:

Médico Executante:

0 - Não Informado

Accession Number

\*Access. N. Hex

Código Descrição

Entrega

254947



3E3E3

902 RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO (AP)

24/01/2019

254948



3E3E4

903 RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO (PERFIL)

24/01/2019

**RX - REALIZADO**

DATA 24 / 01 / 19

HORA 17:30

TC [Assinatura]



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: Tarciane Maria Ferreira

Prontuário: 332619

Data:     /     /    

Hora:                     

#### DIAGNÓSTICO:

① Fratura - luxação do cotovelo ①

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ass. ambulatório de ortopedia.

Retorno em 15 dias.

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento com imobilização com tala gessada  
observada estabilidade após 1 mês de tratamento.

Optado por mudança de conduta e tratamento  
conservador.

Alta Hospitalar: Data: 21 / 02 / 19

Hora:                     

**Dr. Marcelo Bezerra**  
ORTOPEDIA - ORTOPEDISTA  
CORRIDA DA COLUNA VERTEBRAL  
CRL - 12.211 / 12.021

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO EIVANES MULLER

EC-5

*Tarciane Maria Ferreira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 9.426.955 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 15/04/2019

NOME << TARCIANE MARIA FERREIRA >>

FILIAÇÃO << GIVANILDO JOSÉ FERREIRA >>  
<< MARIA ELISSANDRA DA SILVA >>

NACIONALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 15/04/1999

DOC. ORDEM << 075655 01 55 1999 1 00004 209 >>

CPF 0004514 31 BEZERROS-PE >>

129.114.524-98

*Roberto Lencin*

ASSINATURA DO DIRETOR

1019035991504192951.0612657

GERENTE DO ITB F-85 5.006 - 4432



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



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**129.114.524-96**

Nome  
**TARCIANE MARIA FERREIRA**

Nascimento  
**15/04/1999**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 013727563469  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 1135020708 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2018

NOME

MARIA VANESSA DA SILVA

BEZERRAS - PE

0

CPF / CNPJ

108.842.384-00

PLACA

CYR1398

PLACA ANT. / UF

\*\*\*\*\* / PE

CHASSI

9C2KD0540ER068162

ESPECIE TIPO

9A3 / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA / XR150

ANO FAB. - ANO MOD.

2014 - 2014

CAP. / POT. / CIL

29 / 149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1ª 2018 QUITADO

VENC. / COTAS

1ª \*\*\*\*\*

FAIXA L.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*\*\*\*

2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

BEZERRAS

LOCAL

DATA

11/05/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Local Residente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727563469 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA VANESSA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

BEZERRAS - PE

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

11/05/18

VIA

1

CPF / CNPJ

108.842.384-00

PLACA

CYR1398

RENAVAM

1135020708

MARCA / MODELO

HONDA / XR150 9A31 112

ANO FAB.

2014

CIL. CIL.

149

Nº CHASSI

9C2KD0540ER068162

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.249.609/0001-04

ESTADO DE GUARAPUAVA - SEGURO DPVAT  
SIC NAO É DE SEU OBRIGATORIO.





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190451324

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** TARCIANE MARIA FERREIRA

**Data do acidente:** 24/01/2019

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de Rádio e Ulna proximal à direita fechada.

**Descrição do exame físico:** Apresenta rigidez articular com flexão viciosa em torno de 35% fletido, não consegue realizar o movimento de extensão do cotovelo devido a rigidez, consegue, em torno de 10% apenas, realizar a extensão do cotovelo.

**Resultados terapêuticos:** Não realizou tratamento cirúrgico por falta de disponibilidade no SUS após 26 dias de internamento colocaram gesso por 45 dias em região de cotovelo direito.  
Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional moderada do cotovelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do cotovelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190451324

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** TARCIANE MARIA FERREIRA

**Data do acidente:** 24/01/2019

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 01/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA / LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO (PG 6).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** XSOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190451324

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** TARCIANE MARIA FERREIRA

**Data do acidente:** 24/01/2019

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 02/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA / LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190451324

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** TARCIANE MARIA FERREIRA

**Data do acidente:** 24/01/2019

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de Rádio e Ulna proximal à direita fechada.

**Descrição do exame físico:** Apresenta rigidez articular com flexão viciosa em torno de 35% fletido, não consegue realizar o movimento de extensão do cotovelo devido a rigidez, consegue, em torno de 10% apenas, realizar a extensão do cotovelo.

**Resultados terapêuticos:** Não realizou tratamento cirúrgico por falta de disponibilidade no SUS após 26 dias de internamento colocaram gesso por 45 dias em região de cotovelo direito.  
Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional moderada do cotovelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do cotovelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190451324

**Nome do(a) Examinado(a):** TARCIANE MARIA FERREIRA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA DR JOAO B VIEIRA, 54 -  
BEZERROS/PE - CEP 55660-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 9426955 - SDS - 15/04/2019

**Data e Local do Acidente :** 24/01/2019 - Bezerros

**Data e Local do Exame :** 08/08/2019 CLINICA CLESAN-AV FREI CANECA,  
240 - GARANHUNS/PE - CEP 55295-515

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Fratura de Rádio e Ulna proximal à direita fechada.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Não realizou tratamento cirúrgico por falta de disponibilidade no SUS após 26 dias de internamento colocaram gesso por 45 dias em região de cotovelo direito.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Apresenta rigidez articular com flexão viciosa em torno de 35% fletido, não consegue realizar o movimento de extensão do cotovelo devido a rigidez, consegue, em torno de 10% apenas, realizar a extensão do cotovelo.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Rigidez em cotovelo direito moderada.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**

**caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não  
existem lesões diretamente  
decorrentes de acidente de trânsito  
que não sejam suscetíveis de  
amenização proporcionada por  
qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

cotovelo direito

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

Não realizou fisioterapia por falta de disponibilidade no SUS.

Dr. Cleudo Miranda Filho  
Médico  
CRM-PE 19091

---

CLEUDO MIRANDA FILHO CRM : 19091 / UF :PE

---

**Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190451324**

**Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA**

**Data do Acidente: 24/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), TARCIANE MARIA FERREIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190451324**                      **Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA**

**Data do Acidente: 24/01/2019**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

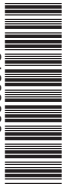
**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190451324**

**Vítima: TARCIANE MARIA FERREIRA**

**Data do Acidente: 24/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TARCIANE MARIA FERREIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **TARCIANE MARIA FERREIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000089206-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 129.114.524-96 Nome completo da vítima: Tarciane Maria Ferreira

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: Tarciane Maria Ferreira CPF: 129.114.524-96

Profissão: Recuso Endereço: Rua do João B. Vieira Número: 54 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Bezerros Estado: PE CEP: 55660-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 81 99456.0670

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R 1.000,00 ☐ R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 ☐ R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 ☐ ACIMA DE R 10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0192 CONTA: 89206 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Bezerros, 18-07-19

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tarciane Maria Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0045003593**

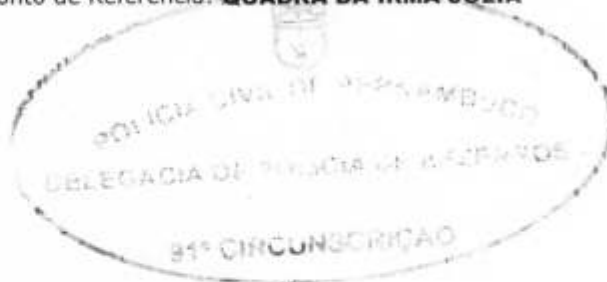
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/05/2019** às **10:11**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **24/1/2019** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, RUA AANTONIO PATRICIO** - Bairro: **SALGADO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **QUADRA DA IRMÃ JÚLIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... ( AUTOR \ AGENTE )  
MARIA VANESSA DA SILVA ( OUTRO )  
TARCIANE MARIA FERREIRA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA VANESSA DA SILVA

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

**TARCIANE MARIA FERREIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ELISSANDRA DA SILVA**  
Pai: **GIVANILDO JOSÉ FERREIRA** Data de Nascimento: **15/4/1999** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9426955/SDS/PE (RG), 12911452496 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 993874980**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 54, RUA DR. JOÃO BERNADDO VIEIRA - CEP: 0** - Bairro: **SALGADO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MARIA VANESSA DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCILCETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA VANESSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA VANESSA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR1398** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **115502070** Chassi: **9C2KD0540ER063162**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**CONSOANTES RELATO DA VITIMA , A MESMA NOTICIA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRAS MENCIONADOS ESTAVA TRAFEGANDO COM A FERERIDA MOTOCICLETA QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR QUE DA QUEDA SOFREU ESCORIAÇÕES E UMA LESÃO NO BRAÇO DIREITO , SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO N° 909403, DATADO DE 24/01/19 AS 10H12. COMO MÉDICO QUE O ATENDEU O DR. BRENO MOURA . CRM 25792. DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.**

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

*Tarciane Maria Ferreira*

**TARCIANE MARIA FERREIRA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RÔMULO SANTOS** - Matrícula: **221298-6**







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0045005222**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/07/2019** às **15:13**

Complementa o BO Número: **19E0045003593**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **24/1/2019** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, RUA AANTONIO PATRICIO** - Bairro: **SALGADO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **QUADRA DA IRMÃ JÚLIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... ( AUTOR \ AGENTE )  
MARIA VANESSA DA SILVA ( OUTRO )  
TARCIANE MARIA FERREIRA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**TARCIANE MARIA FERREIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ELISSANDRA DA SILVA**  
Pai: **GIVANILDO JOSÉ FERREIRA** Data de Nascimento: **15/4/1999** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9426955/SDS/PE (RG), 12911452496 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 993874980**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 54, RUA DR. JOÃO BERNADDO VIEIRA - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MARIA VANESSA DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA VANESSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TARCIANE MARIA FERREIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR1398 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **115502070** Chassi: **9C2KD0540ER063162**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA , A MESMA NOTICIA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRAS MENCIONADOS ESTAVA TRAFEGANDO COM A FERERIDA MOTOCICLETA QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR QUE DA QUEDA SOFREU ESCORIAÇÕES E UMA LESÃO NO BRAÇO DIREITO , SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO Nº 909403, DATADO DE 24/01/19 AS 10H12. COMO MÉDICO QUE O ATENDEU O DR. BRENO MOURA . CRM 25792. DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

*Tarciane Maria Ferreira*

**TARCIANE MARIA FERREIRA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Cicero Abilio de Almeida* **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 129.114.524-96 Nome completo da vítima: Tarciane Maria Ferreira

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: Tarciane Maria Ferreira CPF: 129.114.524-96

Profissão: Recuso Endereço: Rua do João B. Vieira Número: 54 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Bezerros Estado: PE CEP: 55660-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 81 99456.0670

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R 1.000,00 ☐ R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 ☐ R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 ☐ ACIMA DE R 10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0192 CONTA: 89206

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Bezerros, 18-07-19

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tarciane Maria Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sra. Tarciane Maria Ferreira, Identidade: 9.426.955 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço, número da ocorrência – 4269 no dia 24 de Janeiro de 2019, às 09h e 35 min. com queixa de queda de Moto, na PE 103, no Município de Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 15 de maio de 2019.

Regina Moraes  
Coord. de Enfa do Samu Bezerros  
COREN 142524

REGINA MORAIS  
Coord. - SAMU  
Bezerros-PE



Prefeitura Municipal de Bezaros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		REGISTRO:	CARTÃO DO SUS: 909-803
Nº: 24-01-19		HORA: 10:12	TELEFONE: 9906-8899
NOME: Tamiara Maria Ferreira		IDADE: 19 anos	
MÃE: Maria Clurandina da Silva			
DATA DE NASCIMENTO: 13/09/1999		ACOMPANHANTE:	
D.: R. In. gran Burmado Vires		BAIRRO: Selgado N.º	

SINAIS VITAIS		Téc. Enfermagem/COREN	
140/90 mmHg	HGT: 96 mg/dL	T: 36 °C	PESO: kg

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
**I - Sinais de Emergência Imediata**  
**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O PC < 50 ou > 140 bpm O FR < 10 ou > 32 lpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou > 200 mmHg O PAD < 40 ou > 150 mmHg HGT < 40 ou > 400 mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatizado/Glasgow < 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 15% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

(- Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação)

**CLASSIFICAR COMO AMARELO**

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou > 180 mmHg O PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O História de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

**CLASSIFICAR COMO VERDE**

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Exaureca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

**CLASSIFICAR COMO AZUL**

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tossa, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames a receber não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

**CLASSIFICAÇÃO**

- ☐ Vermelho  
☐ Amarelo  
☒ Verde  
☐ Azul

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à

Jéssica Gonçalves de M. Silva  
Enfermeira  
Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo



Queixas:

Doi em Braço (E) + crânio (D) + dor no  
 H.D. que não dói mais.

Exame físico:

U.B.R.

H.D.:

1 no um Braço (E) + U.K.A.  
 2 no um Braço (E) + U.K.A.

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

1 no um Braço (E) + U.K.A.

2 no um Braço (E) + U.K.A.

3 no um Braço (E) + U.K.A.

Transferência P.A.

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

☒ Consulta simples  
☐ Consulta c/ Observação  
☐ Indicação (Internamento)

☐ Melhora  
☐ Solicitação  
☒ Transferência  
☐ Indisciplina  
☐ Óbito

Data:

Hora:

SIM ( )  
 NÃO ( )

DIAS:

Data: / /

Hora: :

Dr. Breno Moura  
 Médico  
 CRM 25792

Médt

original





Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA  
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) SENHA  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

5605 172

IDENTIFICAÇÃO  
Nome do Paciente: TARCIANE MA FERREIRA Idade: 19  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: 172  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)  
Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )  
Motociclista: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS  
História Clínica Atual: DOR EM BRIGO + CHEPTAÇÃO +  
DESVIO APOIS QUEDA DE moto. S. LEE  
Hipótese Diagnóstica: fratura em unho

AValiação CLÍNICA  
Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorase: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

[Assinatura]  
[Rubrica]

## EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Inresponsivo ( )

## Escala de Coma de Glasgow (ECG)

## ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4  
 Abertura Ocular a Voz 3  
 Abertura Ocular a dor 2  
 Sem abertura ocular 1

## RESPOSTA VERBAL

Orientado 5  
 Confuso 4  
 Resposta Inapropriada 3  
 Sons Incompreensíveis 2  
 Sem resposta Verbal 1

## RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 5  
 Localiza Estímulo Doloroso 4  
 Retirada ao Estímulo Doloroso 3  
 Descorticação 2  
 Descerebração 1  
 Sem resposta motora 0

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )  
 Dificuldade na fala ( )  
 Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
 ECG 3-8: TCE Grave  
 ECG 9-13: TCE Moderado  
 ECG 14-15: TCE Leve

## NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )  
 Lesões Intra-Torácicas: S ( ) N ( ) Fratura Pélvis: S ( ) N ( )  
 Lesões Intra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S ( ) N ( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )  
 Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )  
 Usou outras drogas: S ( ) N ( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )  
 Lólo ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) Anfetaminas ( ) Éxtase ( )

## CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )  
 Imobilização Tala Gessada: S ( ) N ( )  
 Antibioticoterapia: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Oxigenoterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )  
 Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )  
 Entubação Orotraqueal: S ( ) N ( )  
 Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_  
 FIO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S ( ) N ( )  
 RX: S ( ) N ( ) Analgesia: S ( ) N ( )  
 Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_  
 Outras Condutas: \_\_\_\_\_  
 Intercorrências: \_\_\_\_\_

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ECR. ECG 15. ANA H.  
 An: MW 44 AN 5m

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_  
 Médico Regulador: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

29/11/19  
 Local e data

Dr. Breno Moura  
 Médico  
 CRM 25792

Médico Assistente

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: TARCIANE MARIA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000089206-0

---

Nr. da Autenticação 2B2F85FB61EDB822

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA**

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b>  ERLAINE MICHELLE DA SILVA  CPF: 086.497.974-66    NIS: 16088090066	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>30/04/2019</b>  TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 23/04/2019  <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 23/04/2019  <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 059279118	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007002996310</b>  <b>Nº DO CLIENTE</b> 2010570846  <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0000338725
	<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>  RUA DR JOAO B VIEIRA 54  CENTRO/BEZERROS 55660-000 BEZERROS PE		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b> <b>Monofásico</b>			
<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>356F.9922.5A58.279F.F0BC.67BD.96D4.0E42</b>			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,26141533	7,84
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,44814056	31,36
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	41,00	0,67221085	27,56
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,89
ICMS_Subvenção Baixa Renda			0,97
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>73,62</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
66,76	25,00	16,69	66,76	1,35	0,90	66,76	6,21	4,14

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Vencido	Dt Reav	Valor	
02/01/17	23/01/17	39,71	

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629850	ABR 19	141
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222600	MAR 19	159
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,45333900	FEV 19	126
		JAN 19	147
		DEZ 18	162
		NOV 18	151
		OUT 18	176
		SET 18	154
		AGO 18	143
		JUL 18	139
		JUN 18	107
		MAI 18	99
		ABR 18	123

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	20,87	31,26	
Transmissão	3,09	4,63	
Distribuição (Celpe)	14,44	21,63	
Encargos Setoriais	2,09	3,13	
Tributos	21,73	32,55	
Perdas de Energia	4,54	6,80	
<b>TOTAL</b>	<b>66,76</b>	<b>100</b>	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
H41859	CAT	23/03/2019	34.630,00	23/04/2019	34.771,00	31	1,00000	0,00	141,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/05/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,01					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>  Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelle: av prf amaral 80 sao sebastiaoLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 42,28. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	<b>NÍVEIS DE TENSÃO</b>	
	<b>TENSÃO NOMINAL(V)</b>	<b>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</b>
	220	202      231
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>		

**DESTAQUE AQUI**

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002996310	04/2019	0,00	30/04/2019	

**FATURA PAGA**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Maria Vanessa da Silva  
RG nº 7.889.607, data de expedição 01/02/19  
Órgão SDS, portador do CPF nº 108.842.984-00  
com domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Manoel Corbá, nº 99  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Tarciana Maria Ferreira, cujo o condutor era  
Tarciana Maria Ferreira  
Veículo: patineta Modelo: Honda/NXR 150 BROS ESD Ano: 2018  
Placa: 0YR1398 Chassi: 9C2K00540E063152  
Data do Acidente: 24/01/19

Local e Data: Bezerros 09/05/2019

Maria Vanessa da Silva Bezerres  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO  
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (01) 3726-1182  
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 09/05/2019 10:45:39  
MARIA VANESSA DA SILVA BRADNER, Do(a) Declarante  
Em testemunho da Verdade. Custas R\$ 3,99  
TSM R\$ 0,92  
Total R\$ 4,91  
Número de Protocolo: 0077727.00003201904.00445  
Selo Digital N. 0077727.00003201904.00445  
Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital)