

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**



www.celpe.com.br

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
Ouvitoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ANTONIO JOSE DOS SANTOS CPF: 171.131.484-68	DATA DE VENCIMENTO 15/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 061074345	CONTA CONTRATO 007021408268 Nº DO CLIENTE 2001352785 Nº DA INSTALAÇÃO 0000363856
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI POCO VERDE 40 SITIO POCO VERDE/FAZENDINHA 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA URBANA Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 0D96.FE5F.ECB6.8C28.9363.DBA1.B96B.9801			
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			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO			QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)			703,00	0,55872157	392,78
Acréscimo Bandeira AMARELA					2,73
Contrib. Ilum. Pública Municipal					19,21
TOTAL DA FATURA					414,72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
395,51	25,00	98,87	395,51	1,16	4,58	395,51	5,37	21,23

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000000000144510	CAT	08/04/2019	20.867,00	08/05/2019	21.570,00	30	1,00000	0,00	703,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,65	11,16	22,32	44,65
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,65	6,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 143,46					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

<p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Pague no ponto mais perto de voce! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av prf amarel 80 sao sebastiao</p> <p>Lista completa em www.celpe.com.br.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 152,22.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td> </tr> </table>			NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO																		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																	
	MÍNIMO	MÁXIMO																
220	202	231																
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007021408268	MÊS/ANO 05/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 15/05/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

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



www.celpe.com.br

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
Ouvitoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ANTONIO JOSE DOS SANTOS CPF: 171.131.484-68	DATA DE VENCIMENTO 15/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 061074345	CONTA CONTRATO 007021408268 Nº DO CLIENTE 2001352785 Nº DA INSTALAÇÃO 0000363856
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI POCO VERDE 40 SITIO POCO VERDE/FAZENDINHA 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA URBANA Monofásico		
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	RESERVADO AO FISCO 0D96.FE5F.ECB6.8C28.9363.DBA1.B96B.9801		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		703,00	0,55872157	392,78
Acréscimo Bandeira AMARELA				2,73
Contrib. Ilum. Pública Municipal				19,21
TOTAL DA FATURA				414,72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
395,51	25,00	98,87	395,51	1,16	4,58	395,51	5,37	21,23

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,38255666	MAI 19	kWh 703
		ABR 19	554
		MAR 19	898
		FEV 19	819
		JAN 19	897
		DEZ 18	938
		NOV 18	1038
		OUT 18	1106
		SET 18	971
		AGO 18	802
		JUL 18	615
		JUN 18	471
		MAI 18	400

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	125,15	31,64
Transmissão	14,00	3,54
Distribuição (Celpe)	84,96	21,48
Encargos Setoriais	19,96	5,05
Tributos	124,68	31,52
Perdas de Energia	26,76	6,77
TOTAL	395,51	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000000144510	CAT	08/04/2019	20.867,00	08/05/2019	21.570,00	30	1,00000	0,00	703,00
<div>DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2019</div>									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,65	11,16	22,32	44,65
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,65	6,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 16,60			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 143,46					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

<p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni atelie: av prf amarel 80 sao sebastiao. Lista completa em www.celpe.com.br."</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 152,22 .</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>	<table> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <th colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</th></tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007021408268	MÊS/ANO 05/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 15/05/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Kátia Aneluz dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.267.504 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Antônio José dos Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>51 Pcco vende</u>	Número: <u>40</u>	Complemento:
Bairro: <u>Fazendinha</u>	Cidade: <u>Bezerras</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>55660-000</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 994560670</u>

Local e Data: Bezerras 05/06/19

Kátia Aneluz dos Santos

Assinatura do Declarante

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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Kátia Aneluz dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.267.504 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Antônio José dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>51 Pcco vende</u>	Número: <u>40</u>	Complemento:
Bairro: <u>Fazendinha</u>	Cidade: <u>Bezerras</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>55660-000</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 994560670</u>

Local e Data: Bezerras 21/06/19

Kátia Aneluz dos Santos

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradora Lider.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: 0800-1595 / 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, Kátia Andreza dos Santos

RG nº 6715082, data de expedição 01/07/14

Órgão SDS, portador do CPF nº 033.267.504-88

com domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SI Poco Verde, nº 40

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Antonio Jose dos Santos, cujo o condutor era

Antonio Jose dos Santos.

Veículo: Pas/Motocicleta Modelo: Honda/NXR 160 Bros ESD Ano: 2015/2015

Placa: PCB 3935 Chassi: 9C2K00800FR027445

Data do Acidente: 12/03/19

Local e Data: 26/03/2019

Kátia Andreza dos Santos 2º Cartório
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: (81) 3726-4462
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 26/03/2019 14:11:16
KATIA ANDREZA DOS SANTOS. Dou fe.
Em testemunho _____ da verdade. Custas R\$ 3,99
Jose Rivaldo Soares de Lima - Escrevente TSNR R\$ 0,00
Selo Digital Nº 0077727.GU202201903.00352 Total R\$ 3,99
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital





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



7.06.001868586948

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 919579	
DATA: 12-03-19		HORA: 15:31		TELEFONE:	
NOME: Antônio José dos Santos				IDADE: 69 anos	
NOME DA MÃE: Maria Izabel dos Santos					
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1949		ACOMPANHANTE:			
END: Sítio Povo Velho		BAIRRO: Zona Rural		N.º -	
CIDADE: Bezerras		SINAIS VITAIS			
PA: 147/85 mmHg	HGT: - mg/dL	T: - °C	PESO: 82 kg	Téc. Enfermagem/COREN Vol	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 irpm
2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
3. ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 40 mg/dl ☐ Convulsão no momento
4. ☐ Politraumatismo/Glasgow < 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
6. ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

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

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

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
5. ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ 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. ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
2. ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☒ Verde
☐ Azul

Queda de moto (Sic)
Trauma em pé l.d.

Alergias: ☒ NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES

Luciane E. de Oliveira
Acadêmica de Enfermagem
Mat: 01483504
dr. João de Nassau

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

Dor em TNZCD

Exame físico:

H.D.:

Srauma contuso p/ D

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA-MEDICAÇÃO

Conduta:

① Voltaren 150, IM

② Durocher 150, IM

③ Lixepa + unotina

12/15
Náide

Rx fratura de fíbula de

mobilizada p/ Bota

Ao ortopedista.

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

Consulta simples

Consulta e Observação

Indicação (Internamento)

Melhora

Solicitação

Transferência

Indisciplina

Óbito

Data: / /

Hora: :

SIM ()

NÃO ()

DIAS: _____

Data: 12/03/19

Hora: _____

Dr. Pedro Maria da S.
Médico
CREMEPEMédico - CREMEPE
(Carimbo)

Eu Antonio José dos Santos de CPF
171 131 484.68 RG 1 679 020 dei
entrada em um processo de invalidez
do seguro DPVAT com o número de
sinistro 3190 372082, no dia do acidente
procurei atendimento na Unidade
Mista Gen José in Bezerra que fui
atendido e diagnosticado com uma
fratura de tornozelo foi imobilizado
com uma bota de gesso passei 60 dias
com o gesso foi realizada fisioterapia
motora e acupuntura e liberado, porém
continuei com dor e dificuldade de
andar, a seguradora solicitou documento
de internamento sendo que não
fiquei internado pois foi um atendimento
de urgência como consta na documentação
que foi enviada junto com o exame
de raios X mandei junto com esse
carta um laudo definitivo falando
dos sequelas que me resultou o acidente.
Venho pedir que meu processo seja
melhor avaliado e que mereça
uma perícia médica com o médico
da seguradora

Bezerros 14.08.2019

Antonio José dos Santos

MAIOR DE 65 ANOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES

09R18

ANTONIO JOSE DOS SANTOS

CARTERA DE IDENTIDADE

10433201210154E 7611EE5

LEI Nº 116 DE 29/09/81

F-77 81.400 - 200X

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL

1.679.020

DATA DE EXPIRAÇÃO

10/11/2017

ANTONIO JOSE DOS SANTOS >>

JOSE TOLENTINO DOS SANTOS >>

MARIA IZABEL DOS SANTOS >>

BEZERROS, PE

CC. 5.501 L21 F. 81 CART.

1º DIST. BEZERROS-PE 06.05.1993 >>

171.131.484-68

DATA DE NASCIMENTO

09/11/1949

ASSINATURA

DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CADASTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
KATIA ANDRÉA DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE - ORIG. EMISSOR / UF
6715082 EDS PE

CPF
013.267.304-08

DATA NASCIMENTO
13/08/1983

PLACÃO
ANTONIO JOSE DOS
SANTOS
BERNARDETE SIEFO DOS
SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
2B

Nº REGISTRO
03369361199

VALIDADE
30/06/2019

P. HABILITAÇÃO
30/08/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

Katia Andressa dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
01/07/2014

P. A.
ASSINATURA DO EMISSOR

68460442168
98060444690

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODA
O TERRITÓRIO NACIONAL
962440546

PRIMEIRO PLASTIFICAR
962440546

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014488021421
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 1049908721 RALTRC ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
KATIA ANDREZA DOS SANTOS

BEZERROS-PE

CPF / CNPJ
013.267.504-88

PLACA
PCB2925

PLACA ANT / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KD0800FR027445

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL
29/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1*****

FAXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

2*****
3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84.59

DATA DE PAGAMENTO
11/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

BEZERROS

Roberto Carlos

DATA
11/03/19

Roberto Carlos Moreira Fontallaa

DIRETOR PRES

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

PE Nº 014488021421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

KATIA ANDREZA DOS SANTOS

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

BEZERROS-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/03/19

VIA 1 CPF / CNPJ 013.267.504-88

PLACA PCB2925

RENAVAM 1049908721

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO FAB. 2015

CAT. INF. 09

Nº CHASSI 9C2KD0800FR027445

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO (R\$)
4.19 0.32 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 11/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE V
SIS NAO É DE PORTE OBRIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372082 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P2(ANEXO)
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372082 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190372082

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

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



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar

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



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190372082

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000089016-5**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372082 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P2(ANEXO)
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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: 171.131.484-68 Nome completo da vítima: Antonio José dos Santos

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

Nome completo: Antonio José dos Santos CPF: 171.131.484-68

Profissão: Recusar Endereço: Sl Poco Verde Número: 40 Complemento: _____

Bairro: Sl Poco Verde / Jazemim Cidade: Bezenon Estado: PE CEP: 55660-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 819.9456-0670

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

RENDA MENSAL:

☒ REEUSO 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)

AGÊNCIA: 2192 CONTA: 89016 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bezenon 05/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio José dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Katia Induza dos Santos

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.

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: 171.131.484-68 Nome completo da vítima: Antonio José dos Santos

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

Nome completo: Antonio José dos Santos CPF: 171.131.484-68

Profissão: Recusar Endereço: Sl Poco Verde Número: 40 Complemento: _____

Bairro: Sl Poco Verde / Jazendinha Cidade: Bezenzer Estado: PE CEP: 55660-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 8119.9456-0670

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

RENDA MENSAL:

☒ REEUSO 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)

AGÊNCIA: 2192 CONTA: 89016 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bezenzer 21/06/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio José dos Santos Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Katia Anhuza dos Santos Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º | 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
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181000940**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2019** às **10:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/3/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... (AUTOR \ AGENTE)
KATIA ANDREZA DOS SANTOS (OUTRO)
ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**

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

ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA IZABEL DOS SANTOS
Pai: **JOSÉ TOLENTINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/11/1949** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1679020/SDS/PE (RG), 17113148468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 973006436**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

KATIA ANDREZA DOS SANTOS (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): **KATIA ANDREZA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB3935** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104990672** Chassi: **9C2KD0800FR027445**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA , O MESMO NOTICIA QUE NA DATA E LOCAL SUPRA MENCIONADOS ESTAVA VOLTANDO PARA A SUA RESIDÊNCIA E NO SENTIDO CONTRARIO VINHA UM CAMINHÃO DE DADOS NÃO FORNECIDO , QUE O MESMO SAIU DE SUA MÃO E VEIO EM SUA DIREÇÃO ELE AO TENTAR SE DESVIAR PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR , SENDO ASSIM SOFRENDO ESCORIAÇÕES E LESÕES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO Nº919574 DATADO DE 1203/2018 . PELO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

Antonio José dos Santos
ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181000948**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **09:13**

Complementa o BO Número: **19E0181000940**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/3/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... (AUTOR \ AGENTE)
KATIA ANDREZA DOS SANTOS (OUTRO)
ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**



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

ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZABEL DOS SANTOS**
Pai: **JOSÉ TOLENTINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/11/1949** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1679020/SDS/PE (RG), 17113148468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 973008436**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

KATIA ANDREZA DOS SANTOS (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): **KATIA ANDREZA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB3935** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104990672** Chassi: **9C2KD0800FR027445**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA , O MESMO NOTICIA QUE NA DATA E LOCAL SUPRA MENCIONADOS ESTAVA VOLTANDO PARA A SUA RESIDÊNCIA E NO SENTIDO CONTRARIO VINHA UM CAMINHÃO DE DADOS NÃO FORNECIDO , QUE O MESMO SAIU DE SUA MÃO E VEIO EM SUA DIREÇÃO ELE AO TENTAR SE DESVIAR PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR , SENDO ASSIM SOFRENDO ESCORIAÇÕES E LESÕES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO N°919574 DATADO DE 1203/2018 . PELO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS
(VITIMA)



B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



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:	Nome completo da vítima:
	171.131.484-68	Antonio José dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Antonio José dos Santos	171.131.484-68	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusar	Sl Poco Verde	40
Bairro:	Cidade:	Estado:
Sl Poco Verde / Jazendinha	Bezenzer	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55660-000	019.9456-0670

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> R\$0,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2192 <input type="checkbox"/> CONTA: 89016 <input type="checkbox"/> 5 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	Bezenzer 05/06/19
	Nome:	
	CPF:	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Antonio José dos Santos
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	
	Assinatura do Procurador (se houver)	Katia Andruza dos Santos

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.



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



7.06.001868586948

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 919579	
DATA: 12-03-19		HORA: 15:31		TELEFONE:	
NOME: Antônio José dos Santos				IDADE: 69 anos	
NOME DA MÃE: Maria Izabel dos Santos					
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1949		ACOMPANHANTE:			
END: Sítio Povo Velho		BAIRRO: Zona Rural		N.º -	
CIDADE: Bezerras		SINAIS VITAIS			
PA: 147/85 mmHg	HGT: - mg/dL	T: - °C	PESO: 82 kg	Téc. Enfermagem/COREN Vol	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 irpm
2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
3. ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 40 mg/dl ☐ Convulsão no momento
4. ☐ Politraumatismo/Glasgow < 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
6. ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

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

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

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
5. ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ 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. ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
2. ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☒ Verde
☐ Azul

Queda de moto (Sic)
Trauma em pé l.d.

Alergias: ☒ NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES

Luciane E. de Oliveira
Acadêmica de Enfermagem
Mat: 01483504
dr. João de Nassau

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

Dor em TNZ(D)

Exame físico:

H.D.:

Srauma contuso p/ (D)

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA-MEDICAÇÃO

Conduta:

① Voltaren 150, IM

② Diclofenac 150, IM

③ Lixepia + unguento

12/15
Náide

Rx fratura de fíbula de

Mobilizar fíbula
Ao ortopedista.

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

Consulta simples

Consulta e Observação

Indicação (Internamento)

Melhora

Solicitação

Transferência

Indisciplina

Óbito

Data: / /

Hora: :

SIM ()

NÃO ()

DIAS: _____

Data: 12/03/19

Hora: _____

Dr. Pedro Maria da Silva
Médico
CREMEPEMédico - CREMEPE
(Carimbo)

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000089016-5

Nr. da Autenticação E6E88804DEFEF469