

...Informações sobre o veículo

Placa: KHS-0429

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG 125

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 125

Cor predominante: BRANCA

Chassi: CG125BR1223004

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 1982

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

IC RESTRIÇÕES

> NADA CONSTA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190613937
Nome do(a) Examinado(a): Jeferson Jose da Silva Bezerra
Endereço do(a) Examinado(a): Si Vermelho, S/N
Tambor de Baixo Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9581662
Data local do acidente: [04/05/2019]
Data local do exame: [06/12/2019] CARUARU [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO 1º E 2º METATARSO DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE TENDÕES EXTENSORES DO PÉ DIREITO.

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

Tratamento: CIRÚRGICO

Complicações: NDN

Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

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

AO EXAME: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (+++/++++) , INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO 1º AO 5º PODODÁCTILO DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

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

DANO FUNCIONAL DO 1º, 2º, 3º E 4º E 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "'Não'", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio **(X) 75% intensa** 100% completo

Região Corporal (Sequela):

2º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio **(X) 75% intensa** 100% completo

Região Corporal (Sequela):

3º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio **(X) 75% intensa** 100% completo

Região Corporal (Sequela):

4º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio **(X) 75% intensa** 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

5º dedo do pé direito 75%

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dra. Andrea Rodrigues Madeira

CPF - 846.667.813-15

CRM/PE - 19953

Andrea R. Madeira
Andrea R. Madeira
CRM-19953

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

CPF de: Representante

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ROSINEIDE MARIA DA SILVA : 120.409.564-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

SURUBIM (PE), 25 DE NOVEMBRO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

REPRESENTANTE LEGAL: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190613937

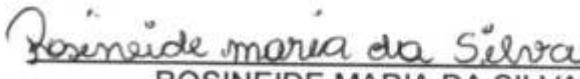
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 04/05/2019, onde sofri FRATURA EXPOSTA EM MEU PÉ DIREITO, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.



ROSINEIDE MARIA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 1º E 2º METATARSO DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE TENDÕES EXTENSORES DO PÉ DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (+++/++++) , INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO 1º AO 5º
físico: PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: NOTA DO REVISOR: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DE 02 PODODÁCTILOS DIREITOS, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIATAS NO EXAME FÍSICO (SINERGISMO DAS LESÕES REPERCUTINDO NO MEMBRO COMO UM TODO)

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 65 %	32,5%	R\$ 4.387,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 1º E 2º METATARSO DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE TENDÕES EXTENSORES DO PÉ DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (+++/++++) , INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO 1º AO 5º
físico: PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: NOTA DO REVISOR: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DE 02 PODODÁCTILOS DIREITOS, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIATAS NO EXAME FÍSICO (SINERGISMO DAS LESÕES REPERCUTINDO NO MEMBRO COMO UM TODO)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 65 %	32,5%	R\$ 4.387,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613937 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ROSINEIDE MARIA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 9.581.662 SDS/PE CPF: 120.409.564-76
DATA DO ACIDENTE: 04/05/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA
ENDEREÇO: SI VERMELHO, 400, TAMBOR DE BAIXO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM - PE 11 DE JUNHO 2019.

Firma Reconhecida

Rosineide Maria da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE VERTENTE DO LÉRIO
Titular: FABUNDES RODRIGUES DE MELO
Telefone: (81) 3634-7274

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ROSINEIDE MARIA DA SILVA. Em testemunho da verdade, dou fé. ^{A Escrevante, Geysa Thaciana Sales. Emol. R\$ 3,59, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total R\$ 4,79.}

Serventia Registral e Notarial
Vertente do Lério/PE
Geysa Thaciana Sales
Escrevante Aprovada

Selo: 015944-SMM06201901.00152 25/06/2019 08:57:14
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Número do Sinistro: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

CPF de: Representante

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA : 120.409.564-76

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 12/11/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 12/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

CPF de: Representante

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ROSINEIDE MARIA DA SILVA : 120.409.564-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Número do Sinistro: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

CPF de: Representante

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 28/11/2019

Data do cadastramento: 28/11/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 574.940.534-68

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

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

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------	---

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

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

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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. 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, 28 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190613937**

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000045375-7

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.

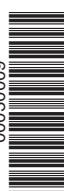
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613937

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190613937**

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.387,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 65%

% Invalidez Permanente DPVAT: (65% de 50%) 32,50%

Valor a indenizar: 32,50% x 13.500,00 = R\$ 4.387,50

Recebedor: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000023523-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:
3190613937

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

7 - Profissão:

8 - Endereço:

REC. INF.

SILVERMELHO

9 - Número:

400

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

TAMBOR DE BAIXO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55750-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 9665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

ROSINE DE MARIA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

120.409.564-76

19 - Profissão do Representante Legal:

REC. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim
 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasceu (a) Sim
 Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

informações
 digitais
 vítima ou
 beneficiário
 não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SURUBIM /DE/ 18/12/2019**

ROSINE DE MARIA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA** 6 - CPF: _____

7 - Profissão: **8 - Endereço: S1 VERMELHO** 9 - Número: **400** 10 - Complemento: **CASP**

11 - Bairro: **TAMBOR DE BAIXO** 12 - Cidade: **SURUBIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55750-000**

15 - E-mail: **AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **81.996650454**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **ROSI NEIDE MARIA DA SILVA**

18 - CPF do Representante Legal: **120.409.564-76** 19 - Profissão do Representante Legal: **REC. INE**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1295** CONTA: **45.375** (7) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

(Informar o dígito se existir) Nome do BANCO: _____

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varônecos): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avôs vivos? _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima: JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo: JEFFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA			6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço: GI VERMELHO		9 - Número: 400 10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: TAMBOR DE BAIXO		12 - Cidade: SURUBIM		13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000	
15 - E-mail: AFSEGUROS 1994@YAHOO.COM.BR			16 - Tel (DDD): 81-996650454		

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

17 - Nome completo do Representante Legal: ROSI NEIDE MARIA DA SILVA		18 - CPF do Representante Legal: 120.409.564-76		19 - Profissão do Representante Legal: REC. INE	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:			<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<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)			Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 1295		CONTA: 45.375 7		AGÊNCIA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

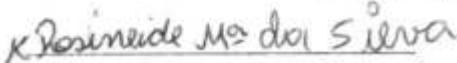
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (varésceo): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____			
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha			
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____			
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data, SURUBIM 01/11/2019					



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
REFERÊNCIA: 19E0216000133

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0216000133

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/10/2019 às 10:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 4/5/2019 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SITIO VERMELHO, PRÓX AO PSF** - Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR / AGENTE)
ROSINEIDE MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
ADEMARIO DA SILVA (OUTRO)
GEORGE BRASIL (OUTRO)
JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ROSINEIDE MARIA DA SILVA** Pai: **JOÃO JOSE DOS SANTOS BEZERRA**
Data de Nascimento: **5/12/2012** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: - 81921562263

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SITIO VERMELHO, PRÓXIMO AO POSTO DO PSF - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

GEORGE BRASIL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO**

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ROSINEIDE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA** Pai: **VALDECIR ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/8/1958** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9881682/SDS/PE (RG), 12048858478 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 881562203**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SITIO VERMELHO, PROX AO PSF - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADEMARIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEORGE BRASIL**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 Placa: **KHS8429** (PERNAMBUCO/POCAO) Renavam: **188261462** Chassi: **CG125BR1223004**
 Ano Fabricação/Modelo: **1982/1982** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

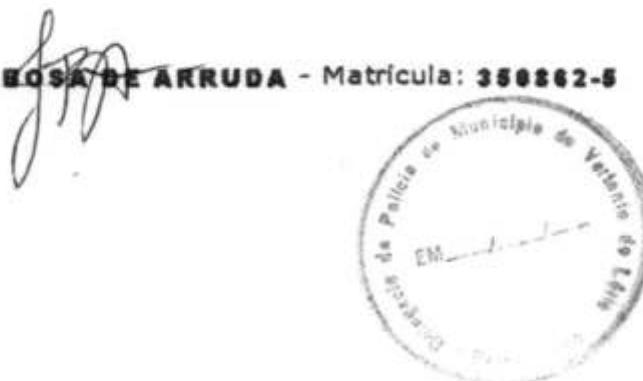
COMPARECEU NESTA DELEGACIA A GENITORA DA VÍTIMA, INFORMANDO QUE NO DIA 04/06/2019, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, O SEU FILHO JEFERSON JOSE DA SILVA, VIAJAVA COMO PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA DE PLACA KHS 8429, CONDUZIDA POR SEU TIO GEORGE BRASIL, OS QUAIS TRAFEGAVAM NAS MEDIAÇÕES DO SITIO VERMELHO, ZONA RURAL DESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE A VÍTIMA ENGANCHOU O SEU PÉ DIREITO NA RODA TRASEIRA DA REFERIDA MOTOCICLETA, SOFRENDO LESÕES GRAVES, CHEGANDO A CAIR. QUE LOGO APOS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL SÃO LUIZ DA CIDADE DE SURUBIM E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS DA CIDADE DO RECIFE, ONDE FOI SUBIMETIDO A TRATAMENTOS.

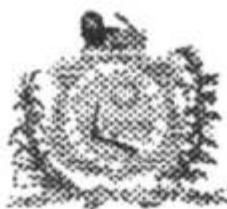
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Rosineide maria da Silva

ROSINEIDE MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOSYNEIDE BARBOSA DE ARRUDA** - Matrícula: **360882-5**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO
LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER1/16ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0216000133

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/10/2019** às
10:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **4/6/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SITIO
VERMELHO, PRÓXIMO AO PSF** - Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO
LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR / AGENTE)
ROSINEIDE MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
ADEMARIA DA SILVA (OUTRO)
GEORGE BRASIL (OUTRO)
J.J.D.S.B. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

J.J.D.S.B. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
ROSINEIDE MARIA DA SILVA Pai: **JOÃO JOSE DOS SANTOS BEZERRA** Data de Nascimento:
05/12/2012 Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones:
Celulares:
- **81981862283**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SITIO VERMELHO,
PRÓXIMO AO POSTO DO PSF - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO
LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADEMARIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

, (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ROSINEIDE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA** Pai: **VALDECI ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/6/1998** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0681662/SDS/PE (RG), 12048988476 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 881662283**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SITIO VERMELHO, PROX AO PSF - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADEMARIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEORGE BRASIL**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 Placa: **KHS 8429** (PERNAMBUCO/POCAO) Renavam: **186261462** Chassi: **CG125BR1223884**
 Ano Fabricação/Modelo: **1982/1982** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A GENITORA DA VÍTIMA, INFORMANDO QUE NO DIA 04/05/2019, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, O SEU FILHO JEFERSON JOSE DA SILVA, VIAJAVA COMO PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA DE PLACA KHS 8429, CONDUZIDA POR SEU TIO GEORGE BRASIL, OS QUAIS TRAFEGAVAM NAS MEDIAÇÕES DO SITIO VERMELHO, ZONA RURAL DESTA CIDADE, OCASIÃO EM QUE A VÍTIMA ENGANCHOU O SEU PÉ DIREITO NA RODA TRASEIRA DA REFERIDA MOTOCICLETA, SOFRENDO LESÕES GRAVES, CHEGANDO A CAIR. QUE LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL SÃO LUIZ DA CIDADE DE SURUBIM E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS DA CIDADE DO RECIFE, ONDE FOI SUBIMETIDO A TRATAMENTOS.

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

Rosineide maria da Silva
ROSINEIDE MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOSYNEIDE BARBOSA DE ARRUDA** - Matrícula: **350862-8**



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

DADOS DO CLIENTE

MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA
CPF: 062.932.174-46 NIS: 20927477178

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI VERMELHO 460

VERMELHO/TAM BOR DE BAIXO
55750-000 SURUBIM PE

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

DATA DE VENCIMENTO

20/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

2,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/05/2019

DATA DE APRESENTAÇÃO

13/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

060669843

CONTA CONTRATO

001723797019

Nº DO CLIENTE

2002483507

Nº DA INSTALAÇÃO

0003774070

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C534.8755.DEA7.6888.2798.8A24.B640.FF12

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh		0,19048357	0,00
Contribuição CERCAL - (081) 3634-1036			2,00
TOTAL DA FATURA			2,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
0,00	0,00	0,00	1,16	0,00	0,00	5,37	0,00	0,00

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,19048357

Consumo Ativo acima de 30 kWh: 0,17904599

Consum



DADOS DO CLIENTE
 ALCIR SANTOS MOURA DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOSÉ BATISTA 370

CLASSIFICAÇÃO
 ST: RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

7005749888	10/2019
14/10/2019	07/11/2019
102,74	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
Consumo Abil (Wh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Além do consumo AMARELA	108 (000000)	0,81069862	87,55
Além do consumo VERMELHA			0,80
Consumo Básico Padrão Municipal			6,01
ICMS Subvenção CDE - NF 088204778-04/07/19			6,64
ICMS Subvenção CDE - NF 077044283-05/08/19			0,78
Multa por atraso-NF 075948284 - 04/09/19			0,80
Juros por atraso-NF 075948284 - 04/09/19			1,35
Juros por atraso-NF 075948284 - 04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA 102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MÉDIO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA (Wh)	DATA ATUAL	LEITURA (Wh)	Nº DE DIAS	CONSUMO (Wh)
IC07914	ext	14-09-2019	38.129,00	07-10-2019	38.237,00	15	108,00

ESTRUTURA DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
IC118	108			Operação de Energia	87,55
NET19	91			Transmissão	2,22
AGO19	114			Distribuição (Celepe)	19,91
AL119	113			Perdas de Energia	0,37
AR118	162			Encargos Sociais	4,31
MAR19	153			Total	28,69
ABR19	172				100%
MAR19	169				
FEV19	162				
JAN19	112				
DEZ18	176				
NOV18	185				
OUT18	103				

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		TARIFAS APLICADAS		INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
ICMS	81,06	25,00	23,36	CELEPE - Emissor: ELETRICAS S.A. - C000 20-001-FIC-9-B302	
PIS	81,06	1,28	1,02		
COFINS	81,06	3,36	2,63		

Este documento é emitido para o cliente com base nas informações fornecidas no momento da emissão.
 Não é permitido o reenvio das informações para terceiros e é proibida a sua alteração. Não é permitido o reenvio para terceiros.
 O consumo subvenção CDE é calculado de acordo com o Decreto Estadual 59.823/17. Cobrança ICMS subvenção CDE conforme Decreto Estadual 26.459/21. O cliente é responsável pelo reenvio das informações individuais ou do nível da fiação ao fornecedor. Pago ao fornecedor o valor da subvenção CDE (R\$ 0,80) e 10,43% (10,43%) de subvenção ao fornecedor no preço. Não é permitido o reenvio para terceiros.
 Não é permitido o reenvio das informações individuais ou do nível da fiação ao fornecedor.

As informações fornecidas no documento são de responsabilidade da Celepe. O fornecedor é responsável por todas as informações e dados de consumo em sua disponibilidade para fornecer as informações necessárias ao cliente e ao fornecedor.

CELPE
 Serviços
 credenciado



ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: arquivá-lo em local seco, sem contato com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o exponha também à luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574 940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROSINEIDE MARIA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.409.564 / 76, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEFFERSON JOSE DA SILVA REFFERA, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>RUA JOÃO BAPTISTA</u>		Número	370	Complemento	<u>CRSA</u>	
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SURUBIM</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55750-000</u>
Email	<u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>81-9665-0454</u>	Telefone celular (DDD)	<u>81-98133-5022</u>		

SURUBIM, 29 de OUTUBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM
Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE
Fone: 81 – 36341624 Fax: 3634-1461
CNPJ 11.754.025/0001-05
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o menor JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA deu entrada neste serviço no dia 04/05/19, após queda de moto, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Otavio de Freitas conforme consta em prontuário medico de nosso arquivo.

Surubim, 15 de julho de 2019.

Adriana Olivia Cabral
Adriana Olivia Cabral
Funcionária Encarregada

HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

SURUBIM

Atendimento: 119/76202 Data: 04/05/2019 17:15
Convênio: SUS Matrícula:
Médico: HENNAN SANTOS CARVALHO

Recep: JOAO PAULO
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Cartão SUS: 898004187564081

Registro: 303110
Paciente: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA
Nascimento: 05/12/2012 - Idade: 6 anos
Endereço: SITIO VERMELHO
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO
Pai:
Mãe: ROSINEIDE MARIA DA SILVA
Est. Civil:

Prontuário: 0
Cor: Parda
Sexo: Masculino
Nº C.P.F. -
Cep: - Identidade: /
UF: PE Telefone: nao tem
G. instrução:
Ocupação: MENOR
Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário: *Pact. cutis a ver, epigl. 17, ret
de dyplope pro brach, opuscula ped. lev
en p' D. Alm pi, h, pior o*

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica / Cid: *Tum*

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

Hennan Santos Carvalho

CRM-PB 8153
CRM-PB 8153

luis

Assinatura e Carimbo do Médico

815483

G. Lino

G. Lino

16 80

56 46 493

D

31 81 56 88

22.12
 LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde:	Município:	Região de Saúde:		
Nome do Paciente:				
Quadro Clínico:				
Diagnóstico:				
<p>Transe</p>				
1.º REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado)	Anelaria de cintura. Cbt: 5676483		
2.º REMOÇÃO	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:	
	H. S. Carvalho Heanan Santos Carvalho MÉDICO CLÍNICO GERAL CRM-PE 21168	21168	09/05/83	
3.º REMOÇÃO	Destino:	Município:	H. de Saída	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado)			
4.º REMOÇÃO	Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:	
	Destino:	Município:	H. de Saída	H. de Chegada:
Motivo (Registro Detalhado)				
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:		
Unidade Prestadora de Atendimento:	Município:			
Especificação do Atendimento Prestado:				
Assinatura do Responsável:	N.º do C.R.M.	Data:		



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA**

Virei
 me pegou
 obteve
 voluntaria
 acidente
 HOF
 SES/PE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Atendimento: 3328658

Prontuário: 1086044

Data Nasc.: 05/12/2012

Idade: 6

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898004187564081

Endereço: SITIO VERMELHO

Bairro: CENTRO

CEP: 55760000

Cidade: VERTENTE DO LERIO

Nº: 0

Acompanhante:

Nome da Mãe: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Celular:

Profissão:

2 - ATENDIMENTO

Data: 05/05/2019 00:35

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Fratura no pé direito após
acidente de motocicleta*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Fratura exposta metatarso pé

*luis henrique p. baude
Ortopedia/traumatologia
CRM/PE 9328 - ZEP/8931*

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

*HOF
Realizar exames
pele APR OS OS 13
Reg. Calme*

*CADASTRADO
SAME/HOF*



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA Idade: 6 Anos 5 Meses 0 Dia Nasc.: 05/12/2012
Sexo: MASCULINO CNS: 898004187564081 Contatos: 81. 81073652 | Celular: 81.
Mãe: ROSINEIDE MARIA DA SILVA
Endereço: SITIO VERMELHO , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: VERTENTE DO LERIO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 05/05/2019 00:35
Prontuário: 1086044
Nº. Atendimento: 3328658
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

DOR + SANGRAMENTO NO PÉ DIREITO APÓS TRAUMA EM MOTOCICLETA H[A 6 HS APRESENTA FRATURA EXPOSTA DO PÉ DIREITO (1º E 2º METATAROSOS)

História Clínica

ACIDENTE COM MOTO

Exame Físico

EG BOM

Observações

Conduta

INTERNAÇÃO

LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: Nº.9028

LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL
Ortopedia Traumatologista
CREMEPE 9028-TEOT 8932

20/05/19



**Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas**

Paciente:
JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade:
6 Anos 5 Meses 1 Dia

Prontuário: 1086044
Atendimento: 3328666 Dt Atend. 05/05/2019

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: ENFERMARIA PEDIATRICA-409-02		DATA: 06/05/2019	
NOME: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA			
NOME SOCIAL:			
IDADE: 6 Anos 5 Meses 1 Dia	DATA DE NASCIMENTO: 05/12/2012		ESTADO CIVIL:
MÃE: ROSINEIDE MARIA DA SILVA			
PAI: JOÃO JOSE DA SILVA BEZERRA.			
ENDERECO: SITIO VERMELHO , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: VERTENTE DO LERIO - UF: PE			
PONTO DE REFERENCIA:			
TELEFONES: 971024318-ROSELI-TIA			
ENTREVISTADO(A): MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA		PARENTESCO: AVÓ MATERNA.	
DOCUMENTOS: POSSUI <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APRESENTADOS: NÃO			
1º ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> READMITIDO <input type="checkbox"/>		PROCEDENCIA: HOSPITAL DE SURUBIM.	
ACOMPANHANTE: MARIA ROSILDA		PARENTESCO: AVÓ MATERNA.	
TABAGISMO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/>		USO DE ALCOOL: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/>	
OUTRAS DROGAS: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/>			
PESSOA COM DEFICIENCIA: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> QUAIS: VISUAL <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>			
REDE DE APOIO: SUS / SUAS		AMBULATORIO <input type="checkbox"/> PSF <input checked="" type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> CAPS (AD) <input type="checkbox"/> CAPS (TRANSTORNO MENTAL) <input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/>	
PROFISSÃO:		ESCOLARIDADE:	
VINCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		OUTROS:	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: RESIDE COM OS AVÓS MATERNOS, UM PRIMO.			
APOIO FAMILIAR: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		BENEFICIO: PREVIDENCIARIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input type="checkbox"/>	

OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO

MENOR VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TEVE TRAUMA NO PÉ, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, COM AVÓ MATERNA, MAS TEM BOM RELACIONAMENTO COM GENITORES.
AUTORIZAMOS ACOMPANHANTE E ORIENTAMOS ROTINA HOSPITALAR.

RESIDE

ASSISTENTE SOCIAL: ALBANI SERAFIM FELISBERTO - CRESS: N.º 2517



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO



DA CLÍNICA: Pediatrica
À CLÍNICA: CCIA - Fundos
NOME DO PACIENTE: Jefferson José de Souza Bezerra
SEXO: M IDADE: 6 COR: ESTADO CIVIL: PROFISSÃO:
CATEGORIA: ANDAR: 7 ALA: Sul ENFERMARIA OU QUARTO: 409
LEITO: 2 REGISTRO: 1036044

MOTIVO DA CONSULTA

*há 1 mês sofre com erupção do pí em fundo
é 1º ferimento e o sítio de ferida apresenta abundante
e espesso exsudado de pus. no fundo da ferida.
jovem adulto e acompanhante de CCIA*

DATA: 13/05/19

Assinatura do Médico - CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

*histórico de ragno do pí drenado, apresenta tecido granuloso e um
profundizado em fundo. Realizado lavativo com algodão e depois
com AGF. 14/05/19*

*Ex: Cirurgia 556
2019-05-14*

DEVERÁ VOLTAR EM: _____

DATA: 1/1

Assinatura do Médico - CREMEPE



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO: 1036044

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Jefferson José da Silva Bezerra

OBS: Impressora
subbrada

CLÍNICA: Emergência Ped

ENF.:

LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
05/05/19	7:40h	<p># Plantão Pediatria #</p> <p>6a, 13 DH</p> <p># HD: 1) Fratura exposta pé direito (1^o e 2^o metatarsos)</p> <p># EM UTO: 1) Oxacilina 40mg/kg/dia</p> <p>2) Sintomáticos</p> <p># DE: sem alterações</p> <p># HDA: Queda de moto ontem (pé ficou preso sob o banco da moto). Negar TCE</p> <p>Sem queixas no momento. Diverso (+)</p> <p># AO EXAME:</p> <p>EGR: dormindo, reativo ao manuseio, desorientado, confuso, eupático, bem pertundido</p> <p>ACU: RR: 27 BNF SIS. FC: 100 bpm</p> <p>AR: MVR (+) Aus SIRA. PR: 20 bpm</p> <p>ABD: Fisiológico, indolor</p> <p>EXT: pulso cheio e simétrico, TCC 2^o</p> <p>curativo em pé (D) ralo de sangue.</p> <p># CO: 1) Manutenção da tração com oxacilina 800mg/kg/dia</p> <p>2) Convulso com otópeca sobre sangramento em pé direito, que informou que paciente é encaminhado para cirurgia e chamarão o mesmo p/ o bloco</p> <p>após manutenção do oxigênio do bloco</p> <p>3) Vigilância</p>
05/05/19	10h	<p>Gabriel P. Pereira CRM-PE: 22.415</p> <p>Enfermeira: M. C. R. de Oliveira, A. J. L.</p> <p>Agendado BC</p>
05/05/19	13:00h	<p>* Plantão Pediatria *</p> <p>Paciente ainda não chamado p/ o bloco. Mão direita semelhante.</p> <p>AO EXAME: EGR, dormindo, reativo e responso ao manuseio, desorientado (1+1+) - saliva espessa e olhos fundos, confuso, eupático, bem pertundido, TCC 2^o</p> <p>ACU: RR: 27 BNF SIS. FC: 100 bpm</p> <p>AR: MVR (+) Aus SIRA</p> <p>EXT: desviado com sangramento em curativo de pé (D)</p>

003-HGOF

Gabriela P. Pereira

Nº REGISTRO: 1036044

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3328666

Leito: PED 409-02

Admissão: 05/05/2019 02:31

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 509220 (FECHADO)

Responsável: ANDREA MOURA DA NOBREGA - CRM 10986 Data de Referência: 06/05/2019
 / PEDIATRIA Data/Hora do Documento: 06/05/2019 08:57

EM TEMPO :

COMO MENOR ACIDENTOU-SE EM ESTRADA DE BARRO FAREMOS ESQUEMA TRIPLEX
 VACINACAO 14/03/2017

SOLICITADO HEMOGRAMA PCR TP/AE

AJUSTAR DOSE

OXACILINA PARA 300MG/KG/DIA
 AMICACINA 15 MG/KG/DIA
 METRONIDAZOL 30 MG/KG/DIA

ACOMPANHAMENTO DA CCIH

EVOLUÇÃO: 509163 (FECHADO)

Responsável: ANDREA MOURA DA NOBREGA - CRM 10986 Data de Referência: 06/05/2019
 / PEDIATRIA Data/Hora do Documento: 06/05/2019 07:49

2 DIH 1 DPO

HD

FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO (1 E 2 METATARSSOS)
 LESOES EXTENSAS DE TENDOES EXTENSORES
 LESAO VASCULAR ?
 LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

DS

ACIDENTOU-SE EM ESTRADA DE BARRO
 SEM DISTERMIAS
 DIURESE +
 EVAC-
 VOMITOS -
 SAT 98/99 FC 120 BPM

DO

EG REGULAR, EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL, ACIANOTICO, ANICTERICO, ATIVO, CONSCIENTE,
 ORIENTADO, PALIDEZ CUTANEO MUCOSA

ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

A MV RUDE SEM RA FR 20-24IRM
ABDO DE PRESIVEL INDOLOR SEM VMG
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO
PE DIREITO COM CURATICO OCLUSIVO SUJO DE SANGUE

CONDUTA

SOL PRE OPERATORIO HEMOGRAMA COM PLAQUETAS TP/AE
MANTER ANTIBIOTICO AJUSTAR DOSE PARA 200MG KG DIA
ASSOCIAR AMICACINA PELA EXTENSAO DAS LESOES
VERIFICAR CARTAO VACINAL

ANDREA MOURA DA NOBREGA
CRM 10986

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3328666

Leito: PED 409-02

Admissão: 05/05/2019 02:31

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 510801 (FECHADO)

Responsável: ANDREA MOURA DA NOBREGA - CRM 10986 Data de Referência: 08/05/2019
 / PEDIATRIA Data/Hora do Documento: 08/05/2019 07:50

4º DIH 3ºDPO

HD

FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO (1 E 2 METATARSOS)
 LESOES EXTENSAS DE TENDOES EXTENSORES
 LESAO VASCULAR ?
 LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

DE: SEM DISTERMIAS
 DIURESE +
 EVAC PRESENTES
 SAT 98/97

EXAMES 06/05

HB 8,1 HTC23,2 PLAQUETAS 303.000
 LC 13500
 NEUT 60,3 LINF 26,0 MN 12,8 EO 0,7
 PCR 6,4

AO EXAME:
 EG REGULAR, EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL, ACIÁNOTICO, ANICTERICO, ATIVO, CONSCIENTE, ORIENTADO,
 PALIDEZ CUTANEO MUCOSA
 ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM
 AR: MV RUDE SEM RA FR 20
 ABDOME DEPRESIVEL INDOLOR SEM VMG
 LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO
 PE DIREITO COM CURATICO OCLUSIVO

CONDUTA : MANTIDA
 AGUARDANDO EXAMES

ANDREA MOURA DA NOBREGA
 CRM 10986

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO**Atendimento** 3328666**Leito:** PED 409-02**Admissão:** 05/05/2019 02:31**Convênio:** SUS - INTERNACAO**Plano:** PLANO UNICO**EVOLUÇÃO: 512466 (FECHADO)**

Responsável: ANA ELIZABETH SILVA LARANJEIRA - CRM 9693 / PEDIATRIA

Data de Referência:

10/05/2019

Data/Hora do Documento:

10/05/2019 08:56

6° DIH 5°DPO

HD

FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO (1 E 2 METATARROS)
LESOES EXTENSAS DE TENDOES EXTENSORES

LESAO VASCULAR ?

LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

EM USO

OXACILINA D4
METRONIDAZOL D4
AMICACINA D4DE: SEM DISTERMIAS
DIURESE +
EVAC PRESENTEEXAMES 06/05
HB 8,1 HTC23,2 PLAQUETAS 303.000
LC 13500
NEUT 60,3 LINF 26,0 MN 12,8 EO 0,7
PCR 6,4

AO EXAME:

EG REGULAR, EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL, ACIANOTICO, ANICTERICO, ATIVO, CONSCIENTE, ORIENTADO, PALIDEZ CUTANEO MUCOSA

ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM

AR: MV RUDE SEM RA FR 20

ABDOME DEPRESIVEL INDOLOR SEM VMG

LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

PE DIREITO FERIMENTO EXTENSO COM PONTOS INTEGROS, SEM SECREÇÃO, EDEMA +/++ SEM OUTROS SINAIS FLOGISTICOS, PRESENÇA DE SOFRIMENTO DE PELE SUPERFICIAL

CONDUTA : MANTER ESQUEMA TRIPLOPE
ACOMPANHAMENTO DA ORTOPEDIA

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

ANA ELIZABETH SILVA LARANJEIRA

CRM 9693

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3328666

Leito: PED 409-02

Admissão: 05/05/2019 02:31

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 515595 (FECHADO)

Responsável: ANDREA MOURA DA NOBREGA - CRM 10986 Data de Referência: 15/05/2019
 / PEDIATRIA Data/Hora do Documento: 15/05/2019 06:56

11º DIH / 10º DPO

HD

FRATURA EXPOSTA DE PÉ DIREITO (1 E 2 METATARSOS)
 LESOES EXTENSAS DE TENDOES EXTENSORES

LESAO VASCULAR ?

LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

EM USO

OXACILINA D9
 METRONIDAZOL D9
 AMICACINA D9DE: SEM DISTERMIAS
 DIURESE +
 EVAC PRESENTEEXAMES 06/05
 HB 8,1 HTC23,2 PLAQUETAS 303.000
 LC 13500
 NEUT 60,3 LINF 26,0 MN 12,8 EO 0,7
 PCR 6,4EXAMES 13/05
 HB 9,0 HTC 26,4 PLAQUETAS 526.000
 NEUT 54,4 LINF 35,2 MON 8,1 EO 1,9 BASOF 0,4
 PCR 0,7

AO EXAME:

EG REGULAR, EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL, ACIANOTICO, ANICTERICO, ATIVO, CONSCIENTE, ORIENTADO,
 PALIDEZ CUTANEO MUCOSA
 ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM
 AR: MV RUDE SEM RA FR 20
 ABDOME DEPRESIVEL INDOLOR SEM VMG
 LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO
 FO: FO COM CURATIVO OCLUSIVO, FAZENDO CURATIVO COM CCIHCONDUTA: MANTIDO ANTIBIÓTICO
 ACOMPANHAMENTO DA ORTOPEDIA
 CURATIVO COM CCIH

Paciente: 1086044 - JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

Idade: 6 Anos 7 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 05/12/2012

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

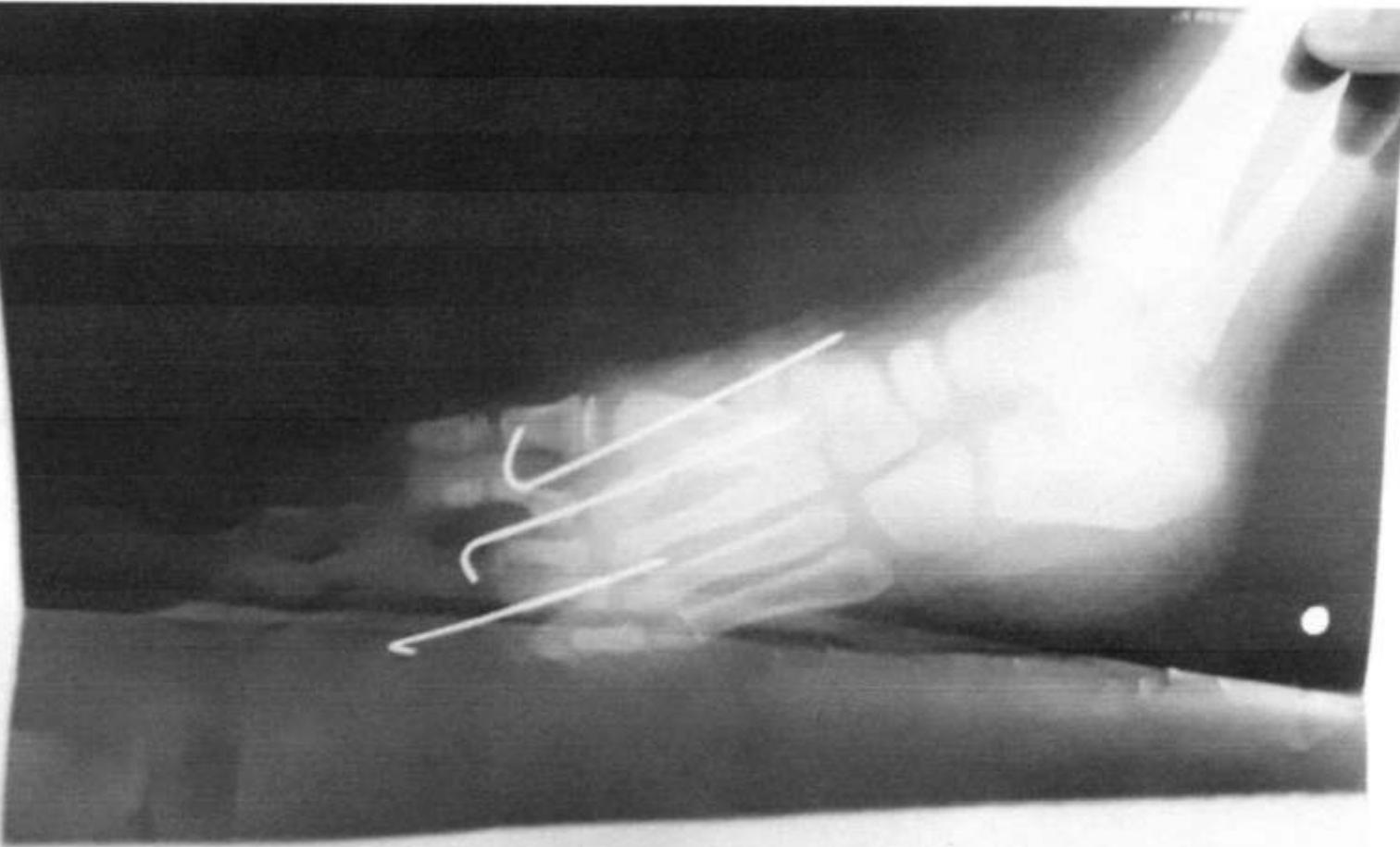
Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

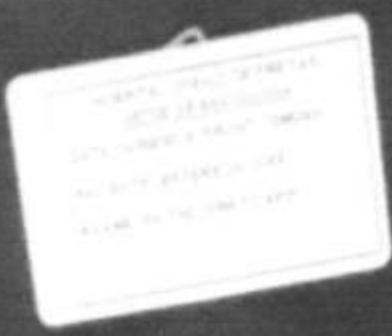
ANDREA MOURA DA NOBREGA

CRM 10986



1998-01-01 00:00:00
1998-01-01 00:00:00
1998-01-01 00:00:00
1998-01-01 00:00:00
1998-01-01 00:00:00
1998-01-01 00:00:00

Scanned with
CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JEFESEN JOSÉ DA SILVA BEZERRA

MATRÍCULA:

0738660155 2013 1 00017 021 0015176 54

DATA DE NASCIMENTO PGR EXTERNO

Cinco de Dezembro de Dois Mil e Doze

DIA MÊS ANO
5 12 2012

HORA

01:34 **MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO**

Vitória de Santo Antão - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Casinhas - PE

LOCAL DE NASCIMENTO
Hospital João Murilo
de Oliveira

SEXO
masculino

FILIAÇÃO

ROSINEIDE MARIA DA SILVA e JOSÉ SEBASTIÃO DA SILVA BEZERRA

AVÓS

MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA e VALDECI ANTONIO DA SILVA

FRANCISCA DOS SANTOS BEZERRA e JOSÉ SEBASTIÃO DA SILVA BEZERRA

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTERNO

Vinte e Cinco de Fevereiro de Dois Mil e
Treze

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
30612451102

**CARTÓRIO DO R. CIVIL
E TABELIÃO VATO DE NOTAS**

MARIA SILVANDA DE MELO LUCENA

OFICIAL / TABELIÃ

RODOLFO JOSÉ DE MELO LUCENA

SUB-OFFICIAL

Rua Cel. Periandro - Centro

Casinhas - PE/CEP: 55.755-000

CNPJ: 10.499.725/0001-20

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Casinhas, 25 de fevereiro de 2013

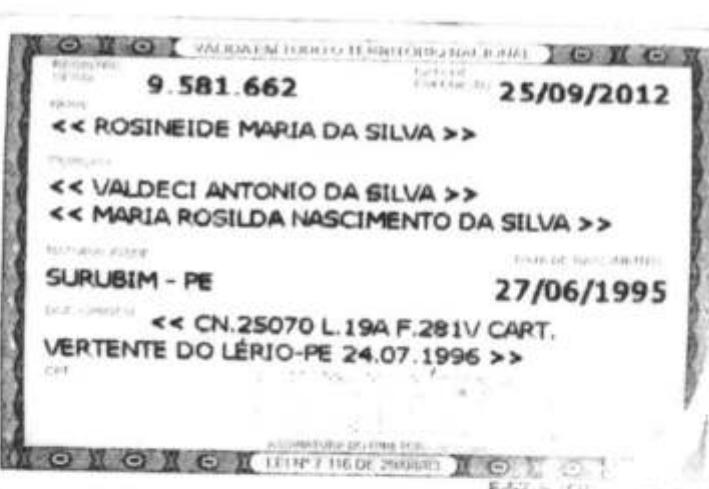
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE CASINHAS

RUA CORONEL PERIANDRO, 98, 98 - CEP.: 55.750-000 - Casinhas - PE

O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:

<https://www.programaminhacertidao.pe.gov.br/serc/consultacertidao.jsp>

Informe o código: 12C73B72-93E8-4E45-9035-ADCB3BC02F06 Data do Registro: 25/02/2013 11:31:12





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **120.409.564-76**

Nome: **ROSINEIDE MARIA DA SILVA**

Data de Nascimento: **27/06/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **05/02/2013**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:20:02** do dia **10/06/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E385.E025.3543.A989**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

