

...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

 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- 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
CRM-19953

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380750/19

Vítima: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.409.564-76

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

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

SURUBIM (PE), 25 DE NOVEMBRO 2019.

À LÍDER

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.Sª, 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.Sª, 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 físico: 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 DESCRITAS 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 físico: 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 DESCRITAS 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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º METATARSOS 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

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: 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 CONFIO 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

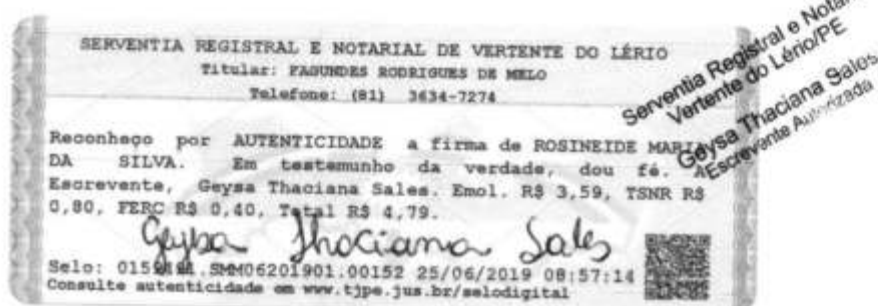
SURUBIM - PE 11 DE JUNHO 2019.



Rosineide maria da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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

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

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

Data da apresentação: 12/11/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

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

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

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ROSINEIDE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

Data da apresentação: 28/11/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

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



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

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, 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



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

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



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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190613937 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: JEFERSON 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: JEFERSON JOSE DA SILVA BEZERRA 6 - CPF:
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: 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: ROSINEIDE 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO
 ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0835 CONTA: 23523 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM PE 18/12/2019

Rosineide Maria da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 - 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: **61 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: **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: **ROSINEIDE 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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

(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.

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascturo (virescência)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 - 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: **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: **ROSINEIDE 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: ☒ RECUSO 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: **1295** CONTA: **45.375** 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

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 (IML) para os fins de requerimento da 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

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 nascituro(vários)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SURUBIM 01/11/2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DO PERNAMBUCO

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 - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **4/5/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO 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 Mãe: **ROSINEIDE MARIA DA SILVA** Pai: **JOÃO JOSE DOS SANTOS BEZERRA**
Data de Nascimento: **5/12/2012** Naturalidade: **VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 81981562283**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO 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: **VALDECI ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/0/1998** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9881662/SDS/PE (RG), 12040960476 (CPF)** Estado Civil: **ANASIAADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 981662203**

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: **KHS0429** (PERNAMBUCO/POCAO) Renavam: **180201402** Chassi: **CG126BR1223004**
 Ano Fabricação/Modelo: **1982/1982** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A GENITORA DA VÍTIMA, INFORMANDO QUE NO DIA 04/08/2019, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, O SEU FILHO JEFERSON JOSE DA SILVA, VIAJAVIA COMO PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA DE PLACA KHS 0429, 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 SAO LUIZ DA CIDADE DE SURUBIM E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS DA CIDADE DO RECIFE, ONDE FOI SUBMETIDO 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: **350862-5**





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

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 - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **4/6/2019** às **16:00**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR / AGENTE)
ROSINEIDE MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
ADEMARIO 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 Mãe:
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:
- **81381562263**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SITIO VERMELHO,
PRÓXIMO AO POSTO DO PSF - CEP: 8 - 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 no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA** Pai: **VALDECI ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/8/1988** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9881662/SDS/PE (RG), 12040958476 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 981582203**

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: **KHS0429** (PERNAMBUCO/POCAO) Renavam: **180201402** Chassi: **CG126BR1223004**
 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 0429, 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 SAO LUIZ DA CIDADE DE SURUBIM E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS DA CIDADE DO RECIFE, ONDE FOI SUBMETIDO 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: **350862-5**



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/TAMBOR 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 DA APRESENTAÇÃO

13/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

060659843

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

DESCRIÇÃO 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 IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	0,00	1,10	0,00	0,00	5,37	0,00

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,19048357

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
MAI 19	0
ABR 19	0
MAR 19	0
FEV 19	0
JAN 19	0
DEZ 18	0
NOV 18	0
OUT 18	0
SET 18	0
AGO 18	0
JUL 18	0
JUN 18	0
MAI 18	21

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Celpe)	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Tributos	0,00	0,00
Perdas de Energia	0,00	0,00
TOTAL	0,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
127045	CAT	04/04/2019 18.895,00	06/05/2019 18.895,00	32	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
mar/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
PIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DCRC-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DCRC 0,00					
EURO-Valor do Encargo de Uso - R\$ 0,00					
Nota: Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, PIC, DMC e DCRC a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia, loja, mercado, rua, etc.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Em razão da reclassificação, ocorreu alteração da tarifa homologada.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001723797019	05/2019	2,00	20/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 020000110013 723797019107 167533798539



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 045.234.444-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 310

CENTRO SUL RIBIM
SULRIBIM PE
55750-000

**CLASSIFICAÇÃO
BT - RESIDENCIAL**

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	PERÍODO
0705749888	070574	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2019	2011100000	5750000

CONTA CONSUMIDORA	MÊS/ANO
7005749888	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	108,000000	0,81069957	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Custo de Buro. Pública Municipal			8,04
ICMS Subvenção CDE - NF 086204770-04/07/19			0,79
ICMS Subvenção CDE - NF 073044383-05/08/19			0,60
Multa 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 MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
K07914	CAT	04-09-2019	38.139,00	07-10-2019	38.237,00	1 (JANUÁR)	108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
DESCRIÇÃO DE CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	%
OUT-19 - 108	87,55	91,66%
SET-19 - 97	5,01	5,47%
AGO-19 - 111	10,81	11,07%
JUL-19 - 111	8,17	8,52%
JUN-19 - 162	4,51	4,95%
MAY-19 - 153	29,69	32,22%
ABR-19 - 172		
MAR-19 - 189		
FEB-19 - 162		
JAN-19 - 111		
DEZ-19 - 176		
NOV-19 - 185		
OUT-19 - 133		

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	25,00	23,36
PIS	1,39	1,22
COFINS	5,95	5,53

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Mensal	0,81069957

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento em dinheiro deve ser feito no prazo de 30 dias após a data de emissão da nota fiscal, sob pena de aplicação de multa de 10% sobre o valor devido. O cliente deve manter a nota fiscal em seu poder por 5 anos, sob pena de aplicação de multa de 10% sobre o valor devido. O cliente deve manter a nota fiscal em seu poder por 5 anos, sob pena de aplicação de multa de 10% sobre o valor devido. O cliente deve manter a nota fiscal em seu poder por 5 anos, sob pena de aplicação de multa de 10% sobre o valor devido.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis em nosso site: www.celpe.com.br. O cliente deve manter a nota fiscal em seu poder por 5 anos, sob pena de aplicação de multa de 10% sobre o valor devido. O cliente deve manter a nota fiscal em seu poder por 5 anos, sob pena de aplicação de multa de 10% sobre o valor devido.



ATENÇÃO

A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: arquive-o 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 BEZERRA, 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 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>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</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, 25 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
Funcionaria Encarregada

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

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: SÍTIO VERMELHO
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO
Pai:
Mãe: ROSINEIDE MARIA DA SILVA
Est. Civil:

Prontuário: 0
Cor: Parda
Sexo: Masculino
C.P.F.:
Identidade: /
Telefone: não tem
G. instrução:
Ocupação: MENOR
Naturalidade: SURUBIM

OBS:

Anamnese e Exame Sumário: *Paciente com dor, epigástrica, 10, 20
de duração por hora, episódica, desde
há 10 dias. Almoço, 12, 13 e 14*

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid: *Tumor*

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

Hennan Santos Carvalho
Médico - Cirurgião Geral
CRM-PB 8353
C.R.C. 1103

Assinatura e Carimbo do Médico

815483

Carimbo

5646493

1680

3181 5688

Carimbo

1

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde:		Município:		Região de Saúde:	
Nome do Paciente: <i>Desconhecido</i>					
Quadro Clínico: <i>Paciente com história de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, obesidade, e outros fatores de risco.</i>					
Diagnóstico: <i>Diabetes</i>					
1.ª REMOÇÃO	Destino: <i>Cidade de Foz</i>		Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Análise de sangue</i>		Lab: 5676443		
	Assinatura do Responsável: <i>H. S. Carvalho</i>		N.º do C.R.M.: <i>27168</i>	Data: <i>04/05/19</i>	
2.ª REMOÇÃO	Destino:		Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):				
	Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:	
3.ª REMOÇÃO	Destino:		Município:	H. de Saída:	H. de Chegada:
	Motivo (Registro Detalhado):				
	Assinatura do Responsável:		N.º do C.R.M.:	Data:	
4.ª REMOÇÃO	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:	



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
JEFFERSON 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:

SÍTIO 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 METATARSOS)

História Clínica

ACIDENTE COM MOTO

Exame Físico

EG BOM

Observações

Conduta

INTERNAÇÃO

LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: Nº.9028

LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 9028 - TEOT 8932

[Assinatura]
30/05/19



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: Dt Atend.
3328666 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.		
ENDEREÇO: SÍTIO 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: Nº.2517



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO



DA CLÍNICA: Pediatric
À CLÍNICA: CCIA - Curitiba
NOME DO PACIENTE: Jefferson José da Silva Souza
SEXO: M IDADE: 6 COR: ESTADO CIVIL: PROFISSÃO:
CATEGORIA: ANDAR: 7 ALA: Sul ENFERMARIA OU QUARTO: 409
LEITO: 2 REGISTRO: 1036074

MOTIVO DA CONSULTA

paciente segue acompanhamento do ps (2) - evoluindo
e1 ferimento e saída de secreção avermelhada abundante
+ espinhos de fúria no bordo da ferida.
Volta ambulatorial e acompanhamento de CCIA

DATA: 13/05/19

Assinatura do Médico - CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

Após a realização do ps de rotina, apresenta ferida granulosa e um
ps. Novamente a ps, realizada com alça e após
com AGH. 14/05/19

Dr. Civaldo
CREMEPE
(CCIA)

DEVERÁ VOLTAR EM:

DATA: ///

Assinatura do Médico - CREMEPE



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO: 1086044

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Jefferson José da Silva Bezerra OBS: Impressora eletrônica

CLÍNICA: Emergência Ped

ENF.:

LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
05/05/19	7:40h	<p># Plantão Pediatria #</p> <p>6a, 13 DIH</p> <p># HD: 1) Fratura exposta pé direito (13 e 20 metacarpais)</p> <p># EM USO: 1) Oxacilina 40mg/kg/dia</p> <p>2) Sintomáticos</p> <p># DE: SM distêmica</p> <p># HDA: queda de motooram (pé ficou puro embaixo da moto). Nega TCE</p> <p>SM queixas no momento. Distémica (+)</p> <p># AO EXAME:</p> <p>EBR: dormindo, reativo ao manuseio, hidratado, corado, eufônico, bem perfundido</p> <p>ACU: RIR 2r BNF SIS. FC: 100bpm</p> <p>AR: MU (+) AUR SIRA. PR: 20ipm</p> <p>ABD: flácido, indolor</p> <p>EXT: pulso cheio e simétrico, TCC 2"</p> <p>curativo em pé (+) soro de sangue.</p> <p># CO: 1) Manuseio extra zero. Aperto oxacilina p/ 40mg/kg/dia</p> <p>2) Consulto com ortopedia sobre sangramento em pé direito, que informa que paciente é encaminhado para cirurgia e chamará o médico p/ o bloco após manutenção do oxigênio do bloco</p> <p>3) vigilância</p> <p>Gabriela Pereira CRM-PE: 22.416</p>
05/05/19	10h	<p>Emergência</p> <p>melhorar E.C. Regular, Afetado</p> <p>perdido por via periférica.</p> <p>Distémica zero. Aguardar BC</p> <p>per</p>
05/05/19	13:00h	<p># Plantão Pediatria #</p> <p>Paciente ainda não chamado p/ o bloco. Não mais conhecida.</p> <p>Ao exame: EBR, dormindo, reativo e responsivo ao manuseio, hidratado (1+/4+) - saliva espessa e aderente</p> <p>fundo, corado, eufônico, bem perfundido, TCC 2"</p> <p>ACU: RIR 2r BNF SIS. FC: 100bpm</p> <p>AR: MU (+) AUR SIRA</p> <p>EXT: reativo com sangramento em curativo de pé (+)</p>

003-HGOF

Mary Lúcia S.
CRM-PE: 22454-0
COREN-PE: 95110-0

Gabriela Pereira

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
/ PEDIATRIA

Data de Referência:

06/05/2019

Data/Hora do Documento:

06/05/2019 08:57

EM TEMPO :

COMO MENOR ACIDENTOU-SE EM ESTRADA DE BARRO FAREMOS ESQUEMA TRIPLICE
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
/ PEDIATRIA

Data de Referência:

06/05/2019

Data/Hora do Documento:

06/05/2019 07:49

2 DIH 1 DPO

HD

FRATURA EXPOSTA DE PE DIREITO (1 E 2 METATARSOS)

LESOES EXTENSAS DE TENDONES 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
ABDOME DEPRESIVEL 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
/ PEDIATRIA

Data de Referência: 08/05/2019

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 TENDONES EXTENSORES
LESAO VASCULAR ?
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDODE: 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, 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 COM CURATICO OCLUSIVOCONDUTA : MANTIDA
AGUARDANDO EXAMESANDREA 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 METATARSOS)
LESOES EXTENSAS DE TENDONES EXTENSORES
LESAO VASCULAR ?
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO

EM USO
OXACILINA D4
METRONIDAZOL D4
AMICACINA D4

DE: SEM DISTERMIAS
DIURESE +
EVAC PRESENTE

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, ACIANOTICO, ANICTERICO, ATIVO, CONSCIENTE, ORIENTADO,
PALIDEZ CUTANEO MUCOSA
ACV RCR BNF COM SS FC 120BPM
AR: MV RUDE SEM RA FR 20
ABDOMEN 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 TRIPLICE
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
/ PEDIATRIA

Data de Referência: 15/05/2019

Data/Hora do Documento: 15/05/2019 06:56

11° DIH / 10° DPO

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

EM USO
OXACILINA D9
METRONIDAZOL D9
AMICACINA D9

DE: SEM DISTERMIAS
DIURESE +
EVAC PRESENTE

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

EXAMES 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
ABDOMEN DEPRESIVEL INDOLOR SEM VMG
LESOES VERRUCOSAS EM MAOS E PE ESQUERDO
FO: FO COM CURATIVO OCLUSIVO, FAZENDO CURATIVO COM CCIH

CONDUTA : 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

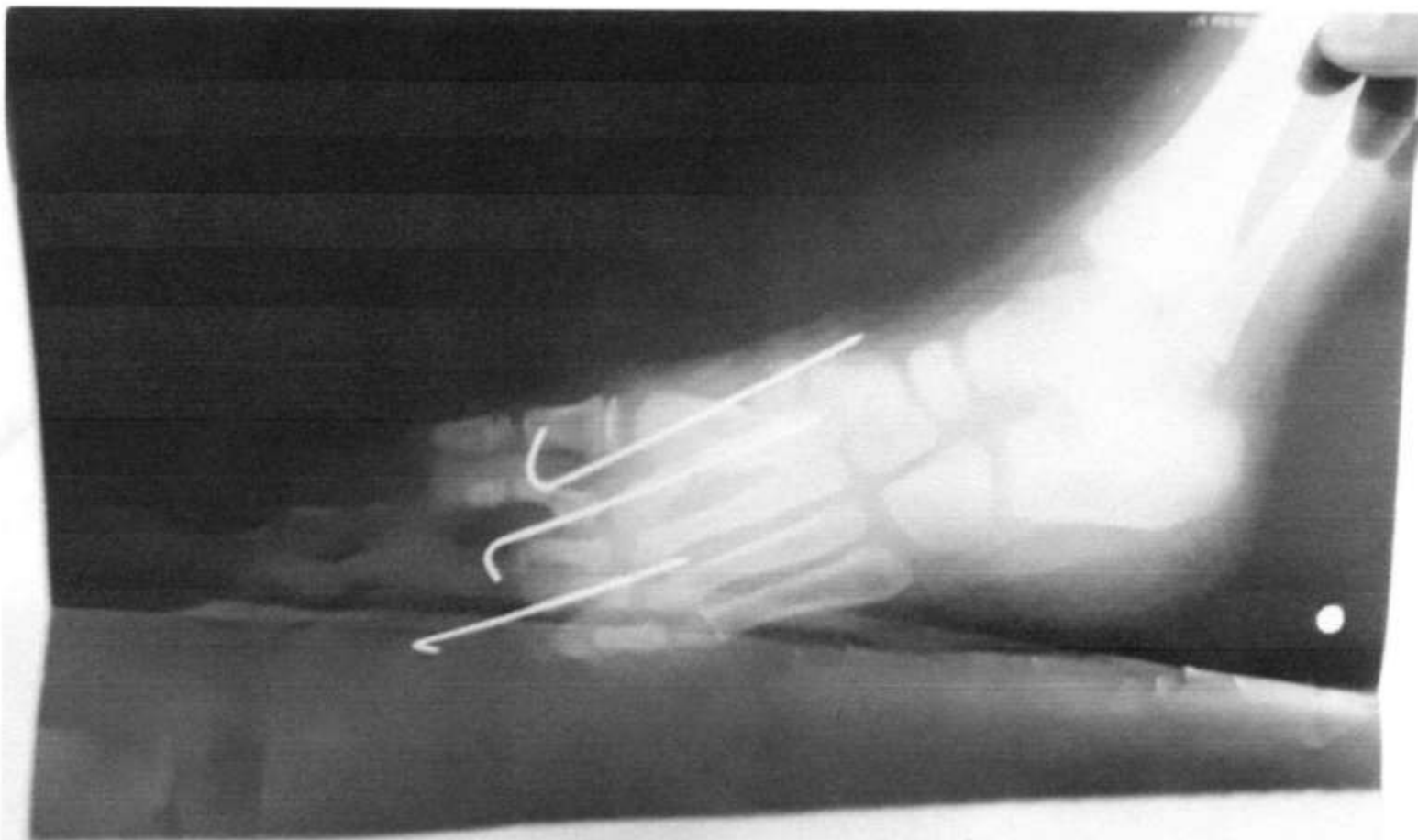
Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

ANDREA MOURA DA NOBREGA
CRM 10986



IDENTIFICATION: 1000-00-00-00-00-00
 FINGERPRINT: 10000000000000000000
 IDENTIFICATION: 10000000000000000000
 FINGERPRINT: 10000000000000000000
 DATE OF PRINT: 2000-00-00
 NAME:

IDENTIFICATION: 1000-00-00-00-00-00
 FINGERPRINT: 10000000000000000000
 IDENTIFICATION: 10000000000000000000
 FINGERPRINT: 10000000000000000000
 DATE OF PRINT: 2000-00-00
 NAME:

CS Scanned with
 CamScanner

IDENTIFICATION: 1000-00-00-00-00-00-00
 FINGERPRINT: 10000000000000000000
 IDENTIFICATION: 10000000000000000000
 FINGERPRINT: 10000000000000000000
 Date of Birth: 1000-00-00
 Name:

IDENTIFICATION: 1000-00-00-00-00-00-00
 FINGERPRINT: 10000000000000000000
 IDENTIFICATION: 10000000000000000000
 FINGERPRINT: 10000000000000000000
 Date of Birth: 1000-00-00
 Name:

Scanned with
 CamScanner



Scanned with
CamScanner



INSTITUTIONAL USE ONLY
DO NOT REMOVE OR DESTROY
ANY INFORMATION CONTAINED
HEREIN. THE USER IS TO KEEP





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JEFERSON JOSÉ DA SILVA BEZERRA

MATRÍCULA:

0738660155 2013 1 00017 021 0015176 54

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

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 JOÃO JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA

AVÓS

MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA e VALDECI ANTONIO DA SILVA

FRANCISCA DOS SANTOS BEZERRA e JOSÉ SEBASTIÃO DA SILVA BEZERRA

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e Cinco de Fevereiro de Dois Mil e Treze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
30612451102

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

CARTÓRIO DO R. CIVIL
E TABELionato de Notas

MARIA SILVANDA DE MELO LUCENA

OFICIALA/TABELIA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

002-03




+ Rosineide Maria da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALDECI ANTONIO DE MENDONÇA DA SILVA

9.581.662

25/09/2012

<< ROSINEIDE MARIA DA SILVA >>

<< VALDECI ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA ROSILDA NASCIMENTO DA SILVA >>

SURUBIM - PE

27/06/1995

<< CN.25070 L.19A F.281V CART. VERTENTE DO LÉRIO-PE 24.07.1996 >>

LEI Nº 7.116 DE 2003



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**

Digito 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.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VALUNA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL 1219484604	NOME EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
	OCC. CATEGORIA / ORG. EMISSOR / UF 3092028 SSP PE		
	CPF 574.940.534-68	DATA NASCIMENTO 04/06/1968	
	FUNÇÃO AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
	FOTOGRAFIA 	ASSINATURA 	
	Nº REGISTRO 01410781208	VALIDADE 15/12/2020	P. HABILITAÇÃO 25/09/1986
PRECIBIS PLASTIFICAR 1219484604	OBSERVAÇÕES <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		
	ASSINATURA DO TITULAR 		
	LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIMARIM - PE	DATA EMISSÃO 14/12/2015	
	ASSINATURA DO TITULAR 		
	IDENTIFICADOR 47587678391 PE070358467		
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)			