

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP 50050-992
CNPJ 10.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
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 Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones Fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSE SEVERINO DA SILVA CPF: 770.704.884-91	DATA DE VENCIMENTO 02/10/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 25/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 078576146	CONTA CONTRATO 002015981019 Nº DO CLIENTE 2001067818 Nº DA INSTALAÇÃO 0000334005
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MARIA GOMES DOS SANTOS 206 A. ASA BRANCA/BEZERRROS 55660-000 BEZERRROS PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC Monofásico	RESERVADO AO FISCO C0CD.5AAE.BEF3.4B72.33D1.AF94.83C6.D272
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			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	36,00	0,26008669	7,80
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,44586632	31,21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,65879548	80,25
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,00	0,74311054	37,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,75
ICMS Subvenção-CDE-NF 071485106-26/07/19			1,66
TOTAL DA FATURA			184,70

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
168,35	28,00	42,08	168,35	0,81	1,36

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 32 kWh	0,18328489	SET	19
Consumo Ativo superior a 32 até 100 kWh	0,31420220	AGO	19
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47136320	JUL	19
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,52367000	JUN	19
		MAI	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DIESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÉTODO	TIPO DA FÍGURA	INTERIOR		ESTRUT.		Nº DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSTANTE MVR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
W32341	CAT	27/08/2018	65.745,00	17/09/2018	61.815,00	38	1.00026	0,00	276,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 2021/03/21

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
μSCB18					
IC-Não de fumaça sem Energia	BEZERROS	0,00	5,75	11,50	23,10
IC-Não de vesse sem Energia		8,00	3,38	6,60	13,20
DMC-Duração média das interrupções contínuas		0,39	1,37	9,00	9,00
ICR-Duração de interrupções em dia crítico			Limite (ICR): 12,12		
EUSD-Valor do Emergente de Uso = R\$		87,39			
Total Consumidor para solicitar a revisão das Indicadores ICR, PIC, EUSC e ISCHC a Suseplan, termos.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! Iausrivda de morais variedade: rua henrique dias 308 santo antonio / li material de construcoes: r henrique 308 ste antonioLista completa em www.cespe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.caneel.gov.br. Cobrança JCMS sobre subvenções COE, conforme Decreto Estadual 38.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pague, em atraso, garra multa 3% (Res414/ANEEL). Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto para aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 87,44. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINÍMO	MAXÍMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

PISTACHE ADU

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002015981019	09/2019	0,00	02/10/2019

TRÂMADA DE PAGAMENTO

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

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para definições auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintaria: 0800 021 93 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=23636>

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 das documentações 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERNA DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILLICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Antônio Luiz de Lima

inscrito (a) no CPF/CNPJ 836.286.494-06, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário

Adelina Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 808.691.304-04,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adelina Maria da Silva,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 808.691.304-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: ALCANCE Renda: INCLUSO e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 295 do Código Penal.

Endereço:	<u>2. Maria Ormida dos Santos</u>	Número:	<u>208</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Asa Branca</u>	Cidade:	<u>Bezerros</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55660-000</u>
E-mail:				Tel (DDD): <u>(81) 994447590</u>

Local e Data: Bezerros 24/10/19

José Antônio Luiz de Lima
Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO	CARTÃO DO SUS:	REGISTRO: 937 - 518		
DATA: 27/05/19	HORA: 19:06	TELEFONE:		
NAME: <i>Neiva Adriana da Silva</i>		IDADE: 43		
NAME DA MAE: <i>Adriana</i>				
DATA DE NASCIMENTO: / /		ACOMPANHANTE:		
ANO: 1976	SEXO: F	BAIRRO: <i>Centro</i>		
EDADE: 43	SINAIS VITAIS	N.º 28		
120/90 mmHg	HGT: mg/dL	T: °C	PESO: kg	Técn. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apoio - O Cháque - O Estridor - O FC <50 ou >140 bpm - O FR <10 ou >32 bpm
- O Tremor focial - O Enchimento capilar letificado - O Pulo fraco ou ausente - O PCR - O Sudorese
- O PAS > 80 ou 290mmHg - O PAD < 40 ou > 130 mmHg - HGT < 40 ou > 111 mg/dL - O Convulso no iminente
- O Polirramatismo Glasgow < 12 - O Letargia - O Quemaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Inalação exígua - O PAF - O PAB - O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração - O Asfixia associada a insuficiência respiratória

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Polirramatizado com Glasgow entre 13 e 15 - O TCK irre - O PAS < 90 ou > 180mmHg - O PAD < 50 ou > 110mmHg sem sintomas
- O Frio < 29°C - O Febre com imunodepressão - O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas - O Impossibilidade de ambulação
- O Fogo passado - O Mucosas ressecadas - O Vômitos no momento
- O Quemaduras de 1º e 2º áreas não críticas SCQ < 10% - O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguiadas e luxações com comprometimento acrivo vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa - O Dor Torácica intensa - O Mictos - O Hematêmesis - O Enterorragia - O Eptatase
- O Acheite perfurado cortante com material biológico - O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todas as pacientes classificadas como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Frio sem outros sintomas clínicos < 39°C - O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lundsgaard intensa - O Enfrose, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais - O Dor de garganta com história de febre e com placas sem trânsito
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação - O Kizaxueca - O Dor de ouvido moderada a grave
- O Histórico de convulsão sem alteração do nível de consciência - O Abcesso - O Infecções ortopédicas

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

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas - O Tossir, curva, dor de garganta, obstrução nasal - O Crise crônica ou recorrente
- O Quemaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento - O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de exame de saúde ou ocupacional - O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas - O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

• Paciente trazido pelos Bombeiros, após acidente automobilístico, dor MTE.

Alergias: (NÃO) SIM, à

✓ Vermelho
✗ Amarelo
✓ Verde
✗ Azul

Hayane Silva
Enfermeira

Assinatura da enfermeira: 5271850

SCANNED BY:

REENTRADA:

Assinatura da Assistente Social e
cariúbo

Quilometro

Reparar Diver irá MFD aqui
 fumar para fumar não o fogo fumar
 a fumar de fumar de fumar
 fumar fumar fumar fumar
 fumar fumar fumar fumar

Emissor falso

0066515

Data

Poder de volta?

CONDUTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO

Comunicado

A Guarda Civil - 5693233
 5693233, 5693233
 Guarda Civil - 5693233, 5693233
 Guarda Civil - 5693233

Almoxarife
 Carimbo

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	OBITO	ATESTADO
	Aldebaran		
Consulta simples	Solicitação	Data:	SIM () NÃO ()
Consulta de Observação (Indicação internamento)	Transferência Institucional	Hora:	DIAS:
	Óbito		

Data:

Hora:

Médico - CRM/CEPE
(Carimbo)



BEZERROS

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



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Abitante/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Parquológico ()
SENHA 5693233
Sítio: Local de Violência/Residente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nº do Paciente

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriana Maria da Silva 424 Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Classe:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ciclista () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Aumentamento: Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Use na cintura: S() N()
Vítima era Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Soco: Ataque/Submersão () Soterramento ()
Inhalção Exogana () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Quimicamente: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Classe: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Arteríase: () For Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Criança: _____
Incentivante ao Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual:

CAUSAS CLÍNICAS

Dors + dor no lado direito
após projeto de guarda sol
na zona frontal com dor tática?

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Coração Sadio (HGT) _____ Temperatura: _____ F.C. 80 P.A. 120 x 80
Visão Aérea: FR _____ Disparéia S() N() Turgem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Síntese Expiratória: S() N() SAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gândulo Estúdeo: S() N()
Desvio Oste/Choro: S() N()
Avaliação Pectoral: S() N() Lesões da face: S() N() Retração Xifóidea: S() N()
Pulmão Panfônico: Boa () Lenticicada () Bubas Cardiacas: Normofonáticas () Hipofonáticas ()
S. ap. Rítmico () Artítmico () Fliforme () Fino ()
Correção da Pele: Normocorrada () Palidez () Clanose ()
Sudorese: S() N() Desidratação: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-60
< 1 ano 30-60
Crianças 20-30
Adulto 12-30

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

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Dolcruzo () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG):

ADERENÇA OCULAR

Máscara: Olhar Espontâneo ()

Olhos: Olhar a Volta ()

Olhos: Olhar da dor ()

Sem máscara: olhar ()

RESPOSTA VERBAL

Orientado ()

Confuso ()

Resposta Inapropriada ()

Sons Incompreensíveis ()

Sem resposta Verbal ()

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando ()

Localiza Estímulo Dolcruzo ()

Retira-se ao Estímulo Dolcruzo ()

Desconcentração ()

Desorientação ()

Sem resposta Motora ()

TOTAL DE PONTOS ECG:

35

Classificação TCE pelo ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissure tabial ()

Déficit óptico na fala ()

Parécia Pupilar: Isocônicas () Anisocônicas () Midriase () Miosis ()

NATUREZA DA LESÃO

Fractura de esmagamento externo: S() N()

Fractura T/Vertebral: S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Fractura toraco-abdominal: S() N() Fratura em Caso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso Álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros()

Uso Álcool: () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no humor()

Uso outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Uso Álcool: () Cigarro () Cocaína () Crack() Lâncas-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Fractura Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

Intubação-Telé Gassada: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Artrocentroterapia: S() N() Especificar:

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar:

Oligoventilação: Cetater() Venturi() CPAP()

Volume de Fluidos Infundido:

Hemorragia da Sanguine e/ou secreções: S() N()

Outras Condutas:

Florização Orotorácica: S() N()

Intercomunicações:

Estabilização mecânica: Modalidade:

PCO₂**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

Av. Dr. Tomaz de Menezes

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

Centro Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Hora: 10:50

27 MAIO 2019

Local e data:

Médico Assinatura:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 22:52

	Nome Paciente: ADRIANA MARIA DA SILVA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento:
	Sexo: Feminino
	Idade: 42
	Senha: U0042
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Periodo: 27/05/2019 22:54 - 27/05/2019 22:56

STEPHANNY PRISCILLA MOREIRA DOS SANTOS - COREN: 352879 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	POUCO URGENTE
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR E DEFORMIDADE EM MIE. HD: FRATURA DE TIBIA
Observação:	ORIUNDO DE BEZERROS-PE, COM MACA E SENHA 5693233
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS NOS MEMBROS
Discriminador(es):	- DEFORMAÇÃO? - EDEMA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- FREQUÊNCIA CARDIACA: 80.00 BPM - P. A. DIASTÓLICA: 80.00 MMHG - P. A. SISTÓLICA: 130.00 MMHG

Acolhido(a) por: STEPHANNY PRISCILLA MOREIRA DOS SANTOS - COREN: 352879 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 22:57



512648

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente		Data Int.: 28/05/2019 09:24	Atendimento: 512648	Nº AIH:
Nome: ADRIANA MARIA DA SILVA		Prontuário: 339322		
Data Nasc.:	09/01/1974	Idade: 45	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA
CPF:		RG:		Religião:
Endereço: RUA JOSE SOARES SOBRINHO		Cidade: BEZERROS		
Bairro: CENTRO		Nº: 28		
CEP: 55660000	Fone:	Profissão:		
Nome da Mãe: AMARA LUCIA DA SILVA		Estado: PE		
Nome do Conjugue:				
Nome:				
Parentesco:		RG:	Fone:	

2 - Internar Para

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Leito: CORREDOR - EMERG ADULT

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

CID: _____

Procedimento Solicitado: _____

CÓD.: _____

Procedimento Realizado: _____

CÓD.: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- DIÁRIA DE UTI
- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- VACINA ANTI RH
- USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- USO DE PRÓTESE, ORTESE
- USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
- USO DE OXIGENADORES
- NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
28/05/2019 09:24		

Admirem nome da Sra. Silv

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional do Agreste

Atlet - S12 S12

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente: Adriana | Enfermaria:

DATA

HORA

PREScrição

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

Leito:

Registro N°: 339322

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

10/01/2012

08:00

08:00

06:00

12:00

18:00

24:00

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Adriana Maria da Silva Registro N°: 24783
 Enfermeira: Data: 30/05/18
 Apt.: Cirurgião: Dr. Ronaldis
 Cirurgia: Fret. Técnica Esquerda Anestesista: Dr. Lúcio
 Anestesia: Raquel Término: Início:

Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total	Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Dipirona	0,2	amp	
Nausedaon	0,5	amp		Narcen			
Aguá Destilada	0,1	amp		Nitride			
Tenoxicam				Dimorf 0,1	0,1	amp	
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Fentanil Espinal			
Cediladine				Quelicin			
Decadron	0,1	amp		Hidrocortisona 100mg			
Elormonid				Hidrocortizone 500mg			
Diazepam				Rocephin 1g			
Dolantina				Seurfurano			
Neomicina Pomada				Revivan			
Efertil				Ringer c/ Lactato			
Fenoprofeno				Sintocinon			
omeprazol				Styptanom			
Fentanil 5ml				Clindamicina			
Dexametazona Pomada				Sulfato de Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Ranitidina				Soro Fisiológico 500 ml	0,1	ml	
Tramal				Thiomambutol			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Propofol				Xylocaina 2% q/a			
Rapifen				Xylocaina 1% s/a			
Cisafacure				Xylocaina Geléia			
Tansamin				Xylocaina Spray			
Vitamina M				Metronidazol 500mg			
Keflin	0,5	amp		Erroxofarina 40mg			
Ketalar				Dramin			
Lasix				Iosyiston			
Methergin							
Marcaina Pesada	0,5	amp					
Marcaina s/a							
Marcaina c/a							
Voluverm							

100% 300g
Tec. Estimulante
TREN-PE - T300g

Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total	Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total
Jacó 2	1			Coletor Sistema Fechado			
Aguilha desc. 25x7/40x120,45x13	03	unid		Coletor Sistema Aberto			
Aguilha de Plexo				Azul de Metileno			
Aguilha Raque 25	01	unid		FIOS			
Equipo de Mição Gotas	01	unid		PSD			
Algodão Hidrônio				CatGut Simples s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simples c/a			
Dreno de Sucção 17x14	01	unid		CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe 15x100	01	unid		CatGut Crom c/a 0	01	unid	01
Atadura Gesso	01	unid		Fio de Algodão			
Boîte p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica				Fio Kirschner			
Dreno Tórax	02	unid		Fio Maleável			
Dreno Penrose				Mononylon 2,0	02	unid	
Polifix				Mononylon			
Equipo Macro Gotas				Propelene			
Espadrapo	7x			Propelene			
Infuso plástico Parafônico 2 vias				Polycot			
Espadrapo Micropore				Seda			
Lixa Gelp				Mono Cril			
Gaze 7x5x7,3	05	pacote		Vicryl			
Escova de Dergemação	03	unid		LIQUÍDOS			
Pulseiras de RN				Água Oxigenada			
Clava Umbilical				Álcool a 70%	700 ml	ml	
Infracath				Glutariloxido			
Luva Descartável 1,3	04	unid		Êter			
Java Comum	01	unid		Formol			
Ámina Bisturi 91	06	unid		Glutaril	100 ml	ml	
Átak 204	02	unid		Pov Degermante			
I.S. Petersen				OXIGÊNIO			
I. Sherman				Das	as		
I.S. Petersen				TAXAS			
I. Sherman				Oxímetro de Pulso			
no Stetman				Aspirador			
ótese Tompson				Bisturi Elétrico			
alp				Desfibrilador			
ringa 03 cc	01	unid		Monitor			
ringa 05 cc	01	unid		Eletrodos	76	unid	
ringa 10 cc	01	unid			05	unid	
ringa 20 cc							
cas							
casas							
Pés							
ringa de 01 cc							
de Estom n°							
ter Nasal							
de Uretral n°							
ia Foley n°	0						
ia "3v n°"							

FICHA DE ANESTESIA

146

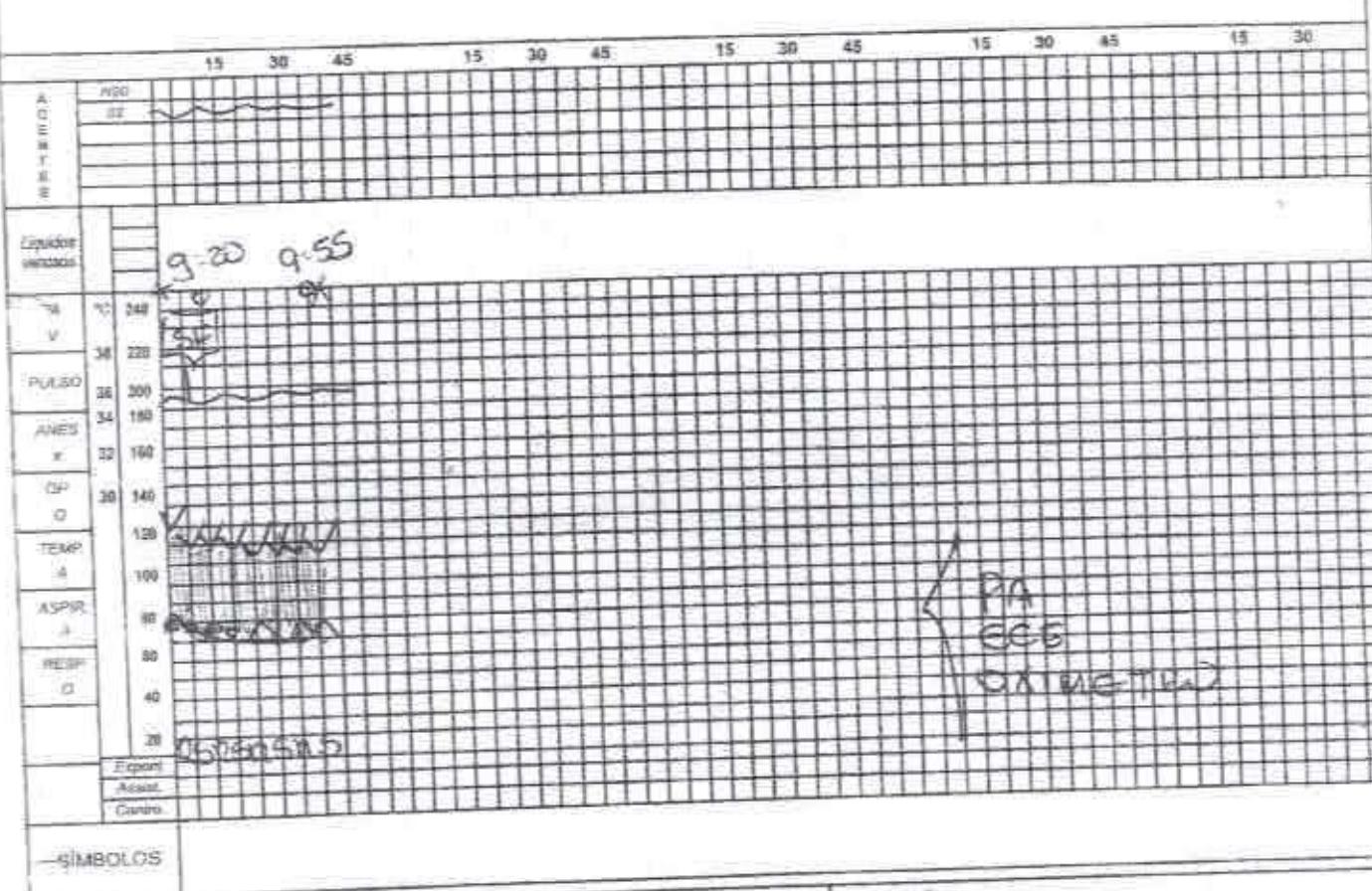
Date 30/05/19

NE

Anesthesia: Roguamesthesia

Nome: Adriana Maria da Silva Nº do Registro: _____ Nº na Clínica: _____
Clinica: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____
Custodio: Ronaldo Braga assist. Anestesista: hucia laine
Diag. Preop.: _____ Diag. Posop.: _____
Op. Proposta: _____ Op. Realizada: _____
Premarkitatio: Tratamento Cirurgia fratura reparo (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	
A. Midazolam	3mg	Roquianestesia	
B. Niso - Prolactina	125mg	med simples 1/45	
C. Dimetil	0,1mg	Ad. Lentante 30 x 25	
D. Alatrina	2g	Lige lúpido	
E. Dipirona	2g		
F. Nalidixion	4mg		
G. Dexametasona	10mg		
LÍQUIDOS			
SF 0,9% - 500 ml			
		CÁNULA - NARÔDORO FARÍNGEA - NASCIMENTO TRAQUEAL - CEGA BAL - TAIP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	
		Tempo de Anestesia	
TOTAL			
OPERAÇÃO			
ANESTESISTA:	Lúcio Limpus REGISTRO: CRM-01 FONE: 733-755-5500-01	CIRURGIAO:	Dr. Ronald Cirurgião

ANOTAÇÕES:

Ларинг - Езикова - Езиково Сърце
Дигитално Изпитателно - Нискоет
"BUCKING" - Маркет

Hammarby Arteria

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO
EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Adriana Maria da Silva

DATA: 28/05/19

HISTÓRICO: Fratura de Tibia + HAS

EM USO DE:

Sintomas

DADOS DE ENFERMAGEM:

DISGLICEMIA () SIM () NÃO

DISTERMIA () SIM () NÃO

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL ()

QUEIXAS

QDT

EXAME FÍSICO:

EG: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CORADO () HIDRATADO () EUPNEICO () AFEBRIL
() OUTROS

ACV: () RCR em 2T, BNFS/S () OUTROS FC _____ bpm

PA: _____ mmHg

AR: () MV + em AHT, S/RA () OUTROS SATO2 _____ %

ACV: () ABDOME _____, FLÁVIOO, DEPRESSÍVEL, S/VMG, RHA + NORMATIVOS () INDOLOR

() DOR À PALPAÇÃO EM _____

() OUTROS _____

OUTROS: _____

EXT: () SEM EDEMAS () OUTROS

CONDUTA: Paciente admitido para Tratamento

Cirúrgico

Dr. Ednaldo Peretti
Médico
CRM-PE 4832

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE 240719

Hospital Jesus Pequenino

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NAME DO PACIENTE ADRIANA MARIA DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO 79761
CIRURGÃO RONALDO EVANGELISTA	ANESTESISTA DRA. LUCIA
ANESTESIA RAQUI	
DATA DA OPERAÇÃO 30/05/2019	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA + FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA + FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA + OSTEOTOMIA DA TIBIA PRÓXIMAL + REPARO DE TENDÃO PATELAR	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA. 2. ISQUEMIA PREVIA COM FAIXA DE ESMARCH 3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO 4. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA 5. INCISÃO NA FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO 6. ABERTURA DO TENDÃO PATELAR 7. INTRODUÇÃO DE INICIADOR PELA TIBIA PRÓXIMAL 8. OSTEOTOMIA DA TIBIA PRÓXIMAL 9. REDUÇÃO DA FRATURA + PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR 10. APOIO DE HIM + COLOCAÇÃO PARAFLISOS DE BLOQUEIO + PARAFUSO TAMPÃO 11. REPARO DE TENDÃO PATELAR 12. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 13. FECHAMENTO POR PLANDS 14. CURATIVO 15. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH 	



Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM-PE 3.761

NOME: ADRIANA MARIA DA SILVA

REG: 79781

DIAGNÓSTICO: Fratura dos ossos da perna esquerda

TRATAMENTO: Fixação com HIM

DATA DA CIRURGIA: 30/05/2019

ALTA: 31/05/2019

DATA DA VOLTA: 13/06/2019

12:00h

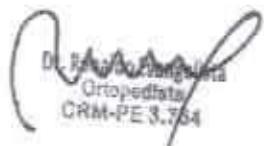
OBS: Não pisar

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO


Dr. Bruno de Oliveira
Ortopedista
CRM-PE 3.764

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 545345 Data: 28/05/2019 Hora: 14:22
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA

Recepção: MARIA DE LOURDES SILVA
Matrícula: 705002071899852
Identidade:
Cartão SUS: 705002071899852

Paciente: 79781 ADRIANA MARIA DA SILVA
Nascimento: 09/01/1974 - 45 Anos e 4 Meses
Endereço: RUA MARIA GOMES DOS SANTOS, 206
Bairro: ASA BRANCA
CEP/Cidade: 2601904 BEZERROS
Cidade: JOSE SEVERINO DA SILVA
UF: PE
AMARA LUCIA DA SILVA
BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F.: 30869130404
Identidade: 4190718 SSP PE
Telefone:
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: RECIFE

SENHA ORTOPEDIA 578674

Assinatura do Paciente:

Q

H.O.A.:

Exame Físico:

H.O.:

Fractura dorso/da perna E

Tratamento:

Dr. Ednaldo Pereira
Médico
CRM/PE 4822

Bezerros, 28 de maio de 2019

Assinatura e Círculo do Médico

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 313117
Hospital Jesus Pequenino

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Atendimento:	546345	Data:	28/05/2019	Hora:	14:22	Recepç.:	MARIA DE LOURDES SILVA		
Convênio:	SES - ORTOPEDIA					Matrícula:	705002071899852		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DR. EDNALDO BARROS PEREIRA					Cartão SUS:	705002071899852		
Paciente:	79781	ADRIANA MARIA DA SILVA					Sexo:	FEMININO	Cor: MORENO
Nascimento:	09/01/1974	- 45 Anos e 4 Meses					Est. Civil:		
Endereço:	RUA MARIA GOMES DOS SANTOS, 208					C.P.F.:	80869130404		
Bairro:	ASA BRANCA					Identidade:	4190710		SSP: PE
IBGE/Cidade:	2601904 BEZERROS					UF:	PE	Telefone:	
Pai:	JOSE SEVERINO DA SILVA					G.Instrução:			
Mãe:	AMARA LUCIA DA SILVA					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:	RECIFE		

Recepção: _____

Movido Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
 () Assinou o termo

Alta Hospitalar Data: 31/05/19

Medico: _____

*Dr. Rosaldo Evandro
Ortopedia
CRM-PE 3764*

Assinatura / CRM: _____

Observação

Transferência Hospitalar Data: ____ / ____ / ____

Medico: _____

Assinatura / CRM: _____

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Óbito Data: ____ / ____ / ____

Medico: _____

Assinatura / CRM: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Conferido Com Documento

Original Bezerra PE 24/05/19

Hospital Jesus Pequenino

24/05/19
fimedi

**LAU
DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente ELIANA MARIA DA SILVA	6 - Número do Prontuário 79781
7 - Número de Saúde (CNS) 02071899852	8 - Data Nascimento 09/01/1974
9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3
11 - Nome da Mãe ELIANA LUCIA DA SILVA	12 - Telefone de Contato
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)
RUA MARIA GOMES DOS SANTOS, 208 () - ASA BRANCA

16 - Município de residência
BEZERROS

17 - Cod. IBGE município
2601904

18 - UF
PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

*Paciente referiu que caiu da moto
há 20 qd horas, e que sentindo dor no
peito segundária*

21 - Condições que justificam a internação

TTO angiogr

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Rx de Trop

04.08.05.013-6

23 - Diagnóstico inicial
Fracatura de ossos da perna E 282.2

24 - CID 10 Principais

25 - CID 10 Sec.

26 - CID 10 Causas associadas

04.08.06.019-0

27 - Diagnóstico/Procedimento Solicitado

intervenção de angiografia

04.08.06.003-5

28 - Código do procedimento

04.08.05.050-0

29 - Clínica
Ortopédica

30 - Caráter de Internação

31 - Documento
() CNS () CPF

32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional encarregado

33 - Nome do Profissional Solicitante
Dr. Ednaldo P. M. P. P.

34 - Data da solicitação
28/05/05

35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () ENtidade Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

37 - () Acidente de Trabalho fixo

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA de Empresa

38 - () Acidente de Trabalho trajeto

44 - Vínculo com a Previdência

45 - () Empregado

46 - () Autônomo

47 - () Desempregado

48 - CRM 69379

49 - CPF 00000000000 () Não segurado

50 - Autorização

51 - Nome do Profissional Autorizado

52 - Cód. Orgão Emissor

52 - Documento

53 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado

54 - Data da Autorização

55 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)

**Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde**

NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL

261910545794-7

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequenino



NOME: Adriana Maria da Cunha

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do osso doíperus E 382.2 CID-10: S82.4, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 30/10/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros,

14/10/19



SOLICITAÇÃO DE RAIO-X

NOME: Adriane Mani da Silva

- RAIO-X DA CLAVICULA (ID IE JAP)
- RAIO-X DO OMBRO (ID IE JAP) (PERFIL) (IRN) (IRI) (IRE) (AXIAL)
- RAIO-X DO BRAÇO (ID IE JAP) (PERFIL)
- RAIO-X DO COTOVelo (ID IE JAP) (PERFIL)
- RAIO-X DO ANTEBRAÇO (ID IE JAP) (PERFIL)
- RAIO-X DO PUNHO (ID IE JAP) (PERFIL) (OBLIGUA)
- RAIO-X DA MÃO (ID IE JAP) (OBLIGUA)
- RAIO-X DA BACIA (JAP) (PLATA DE RÁ)
- RAIO-X DO QUADRIL (ID IE JAP) (PERFIL)
- RAIO-X DA COXA (ID IE JAP) (PERFIL)
- RAIO-X DO JOELHO (ID IE JAP) (PERFIL) (AXIAL)
- RAIO-X DA Perna (ID IE JAP) (PERFIL)
- RAIO-X DO TORNozELO (ID IE JAP) (PERFIL)
- RAIO-X DO PE (ID IE JAP) (OBLIGUA) (PERFIL)
- RAIO-X DO CALCANEU (ID IE AXIAL) (PERFIL)

OUTRAS INCIDÊNCIAS

30/07/19 *forneço*

Adriana Núñez de la
Serna (2021)
Fotografía

44-00000 1400 0000
44-00000 1400 0000
Pano Aquenka

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DEPARTAMENTO
CERTIFICADO DE REGISTRO E LIBERAMENTO DE VÉHICULO

N.º 013815376768
112.133.22.40

JOSÉ GUSTAVO DE LIRA SILVA

BUS EROS-PE

116-062-024-29

PDCC5980

92230061000200603

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

SEGURO DA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SET-2017

PE N° 013815376768 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSÉ GUSTAVO DE LIRA SILVA

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

www.agenciaorvalho.com.br
846-611477 ou 84-3213-1314

BUS EROS-PE

010 04/07/17

116-062-024-29

PDCC5980

112.133.22.40

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRÉMIO TARIFÁRIO

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

0,00000000

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

PRO. MONSANTO

HONDA / MX160 BROS F300

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

2017 2017

**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2019 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 12/02/2019

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/PDC-5986
CHASSI Nº:	9C2KD0810HR200685
RENAVAM:	01121332240
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 84,58 (OITENTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA E OITO CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610351 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 27/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 11/13/14/17 _CIRURGIA
PÁG. 20/21 _EXAME IMAGEM

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610351 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 27/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 11/13/14/17 _CIRURGIA
PÁG. 20/21 _EXAME IMAGEM

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

OUTORGANTE: Adriana Maria da Silve
brasileiro (a), estado civil _____ profissão me recuso, residente e
domiciliado à Rua R. Jose Luvio Salvador

Nº 322, Bairro Opacilena Município de Bogos
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº
4190710 SSP/ SSP e CPF Nº 808.691.304-04

OUTORGADO: Jurandir Luiz da lira
brasileiro (a), estado civil _____ profissão me recuso, residente e
domiciliado à Rua R. Jose Luvio Salvador

Nº 322, Bairro Opacilena Município de Bogos
estado de PE, CEP 55660-000 portador (a) do RG Nº
4395329 SSP/ SSP e CPF Nº 836.286.494-04

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr (a) Adriana Maria da Silve

Cobertura: Incidente, ocorrido em 27/05/19 conforme
registrado pelo BO anexo ao processo. Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/ crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim
requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandado.

Bogos , 07 de outubro de 2019

Adriana Maria da Silve

OUTORGANTE

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E FROTESTO
Rua 20, 200 - Centro - 59000-000 - Mossoró - RN - Fone: (84) 3222-1000
MeuTabelão - Tabelionato - Tabelão Poderoso

Reconheço a firma por autenticidade da:
ADRIANA MARIA DA SILVA, Dou-fa.

07/10/2019 09:48:10

Em testemunha: Mauro Vaz Vasconcelos

Ass. Digital: 0077727-FTU9201801-00314
Linha P1.331 1500x410.521 Total 103.431

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378235/19

Número do Sinistro: 3190610351

Vítima: ADRIANA MARIA DA SILVA

CPF: 808.691.304-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/05/2019

Titular do CPF: ADRIANA MARIA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ADRIANA MARIA DA SILVA : 808.691.304-04

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: 05/11/2019
Nome: JURANDIR LUIZ DE LIRA
CPF: 836.286.494-04

JURANDIR LUIZ DE LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378235/19

Vítima: ADRIANA MARIA DA SILVA

CPF: 808.691.304-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/05/2019

Titular do CPF: ADRIANA MARIA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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

JURANDIR LUIZ DE LIRA : 836.286.494-04

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

ADRIANA MARIA DA SILVA : 808.691.304-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 29/10/2019
Nome: JURANDIR LUIZ DE LIRA
CPF: 836.286.494-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JURANDIR LUIZ DE LIRA

Steffany Caroliny Lins Veloso

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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190610351

Vítima: ADRIANA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 27/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JURANDIR LUIZ DE LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANA MARIA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190610351 **Vítima: ADRIANA MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 27/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JURANDIR LUIZ DE LIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANA 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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190610351 **Vítima: ADRIANA MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 27/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JURANDIR LUIZ DE LIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANA 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ADRIANA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000066003-8

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NPF do beneficiário ou ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Adriana Maria da Silva

6 - CPF:

208.681.304-04

7 - Profissão:

meu

8 - Endereço:

Rua Maria Gomes das Santas 208 9

9 - Número:

9

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ribeirão

12 - Cidade:

Ribeirão

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

35160-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
137917447590

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:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REFLUIO 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 DEPO PANÇA (informe para os bancos abaixo, selecionar uma opção)

CONTA CORRENTE (dados de banco)

Bradesco (237)

Itaú (641)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0192

CONTA: 66003

(informar o dígito se válido)

(informar o dígito se válido)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se válido)

(informar o dígito se válido)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso 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 no caso de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, não virá 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 resinaldo, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade 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 nº 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 da
morte 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
seus filhos:
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
não filhos (irmãos): Sim Não

31 - Vítima
teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar
seus irmãos:
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, extendo a ela, 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.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

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

40 - Local e Data:

Bezerro 24/10/19

Adriana Maria da Silva

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Poder de Advogado (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Poder de Advogado (se houver)

Adriana Maria da Silva
Curador Lider

Assinatura do Poder de Advogado (se houver)

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3190610331

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 A5:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	808.691.304-04	Adriana Maria da Silva	

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		

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:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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"/> RECLIQUE INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	--	---

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0192	CONTA: 66003	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Indicar o banco)
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Inserir o dígito de verificação)
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)

AutORIZAR 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 recolhimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar tantas 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 acima citado, 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 6.134/74, 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:	<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 de 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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso levada, 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 obrigatoriedade de resarcir 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:	Bozénes 30/10/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Adriana Maria da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	Adriana Maria da Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	Adriana Maria da Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 091^ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91^ºCIRC
 DINTER1/14^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0181001766

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/10/2019** às **15:34**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/5/2019** às **18:00**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JURANDIR LUIZ DE LIRA (AUTOR / AGENTE)
 JOSE GUSTAVO DE LIRA SILVA (OUTRO)
 ADRIANA MARIA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JURANDIR LUIZ DE LIRA

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

ADRIANA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mão: **AMARA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSÉ SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **9/1/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **4190710/SSP/PE (RG)**, **80869130404 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **-995801765**, **-997778778**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO LAGOA DO MILHO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DE ZÉ CEGO**

JOSÉ GUSTAVO DE LIRA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JURANDIR LUIZ DE LIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO LAGOA DO MILHO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ GUSTAVO DE LIRA SILVA**, que estava em posse: do(a) Sr(a): **JURANDIR LUIZ DE LIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 Placa: **PDC5986** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **121332240** Chassi: **9C2KD0810HR200685**
 Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA , A MESMA INFORMA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRA MENCIONADOS , A MESMA ESTAVA DE GARUPA NA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO A MESMA PILOTADA PELO SEU ESPOSO E ELE AO DESVIAR DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR , QUE DA QUEDA ELA SOFRERA UMA LESÃO NA Perna ESQUERDA , SENDO SOCORRIDA PELA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE MISTA SÓA JOSÉ , ONDE DERA ENTRADA CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO REGISTRO N°957518, DATADO DE 27/05/2019.TENDO COMO MÉDICO QUE O ATENDEU O DR.ALDERY VITORIANO. CRM-PE16758.DIANTE DO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABIVEIS.

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

Adriana maria da Silva
ADRIANA MARIA DA SILVA
 (VITIMA)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - RG do sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 808.691.304-04 4 - Nome completo da vítima: Adriana Maria da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CEP: 808.691.304-04
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Maria Gomes dos Santos 208
 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: Belo Horizonte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (31) 9911-11590

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:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO/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 POLIPANÇA (Bancos para os quais não tem conta. Indique uma opção)

Bradesco (237) Itaú (843)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2192

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA: 66003

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (Indica os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2192

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA: 66003

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 (assimilar 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 acinalado, 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. 35, §15, declarando que essa 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 quantos filhos vivos: Falecidos; Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros legítimos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos vivos: Falecidos; Sim Não

Estou ciente (e) que a Seguradora Lider sugará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verídica 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 - 1º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Horizonte 24/10/19
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (testemunha): Adriana Maria da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

TPS.001 V002/2019



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019GB2000042 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). ADRIANA MARIA DA SILVA, 45 anos, BRASILEIRA(a), OUTROS(a), RG nº 4190710 SSP PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 808.691.304-04, residente à RUA JOSÉ SOARES SOBRINHO, nº 28, , CENTRO, BEZERROS-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 27/05/2019, por volta das 18:10 hs, no endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS, , ZONA RURAL BEZERROS-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA BROZ PDC - 5986 CONDUZIDA PELO SENHOR JURANDIR LUIZ DE LIRA PORTADOR RG - 4395329-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) ADRIANA MARIA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 808.691.304-04 e Registro Geral nº 4190710, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) SARGENTO BM WILLIAMS. Foi transportado(a) para o UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ . Registrado(a) com o prontuário nº 937518. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.

Posição em 22/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019GB2000042

Av. Joá de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 00000066003-8

Nr. da Autenticação 94EDEC75F1DF5D81

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-63



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 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	
JOSE SEVERINO DA SILVA	
CPF: 770.784.884-81	
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA MARIA GOMES DOS SANTOS 208 A	
ASA BRANCA/BEZERROS	
55660-000 BEZERROS PE	
<p>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos só encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</p>	

DATA DE VENCIMENTO 02/10/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/09/2019	CONTA CONTRATO 002015981019
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 25/09/2019	Nº DO CLIENTE 2001067818
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0000334005
RESERVADO AO FISCO: C0CD.5AAE.BEF3.4B72.33D1.AF94.83C6.D272		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,26008869	7,80
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,44888832	31,21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,65878948	80,25
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,00	0,74311054	37,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,94
Contrib. Bim. Pública Municipal			14,76
ICMS Subvenção-CDE-NF 071485106-28/07/19			1,80
TOTAL DA FATURA			184,70

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,16206430	SET	18
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31402200	AGO	18
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47150300	JUL	18
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,53307000	JUN	18
		MAI	18
		ABR	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
188,36	26,00	47,08	188,36	0,81	1,56
			188,36	3,77	6,26

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
ENC-Não de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	8,79	11,88	23,19
FIC-Não de horas sem Energia		0,00	1,39	1,39	13,29
DNIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	1,37	0,00	8,29
DICR-Duração da interrupção em dia útil					Límite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 27,00					
Todos os consumidores podem solicitar a operadora dos fabricantes TEC, PEC, JANEI e DICR a quaisquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! I laundina de morais variedade: rua henrique dias 308 santo antônio i ii material de construção: r henrique 308 santo antônio lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Decreto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 57,44. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedreiros de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 002015981019	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 02/10/2019	TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.				

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA