

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 JOSE SEVERINO DA SILVA CPF: 770.704.884-91	DATA DE VENCIMENTO 02/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	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 208 4 ASA BRANCA/BEZERRAS 55660-000 BEZERRAS 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		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC Monofásico RESERVADO AO FISCO C0CD.5AAE.BEF3.4B72.33D1.AF94.83C6.D272			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	39,00	0,26008869	7,80
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	79,00	0,44586532	31,21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,55879648	67,06
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,00	0,74311054	37,16
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,75
ICMS Subvenção-CDE-NF 071465106-26/07/19			1,60

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FURÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº CDE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
W35241	CAT	27/08/2019	50.745,00	25/09/2019	51.015,00	28	1,80020	9,08	276,95

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
jul/2019					
DIC-Não de Energia sem Energia	BEZERRAS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-Não de Energia sem Energia		0,00	3,38	6,65	13,29
DIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	9,60	0,00
Limite DICM: 12,11					
EUSD-Valor da Energia de Uso = R\$ 87,28					
Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DICC e DICC a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de você! I lavoura de morais variedade: rua henrique dias 308 santo antônio / li material de construção: r henrique 308 sto antonio 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 38.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 87,44. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		TENSÃO NOMINAL(V) 220	LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO 202 MÁXIMO 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 leitura ótica.
FATURA PAGA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidiana: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Jurandir Luiz de Lima

inscrito (a) no CPF/CNPJ 836.286.494 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adelino Moura dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 808.693.304 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima Adelino Moura dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 808.693.304 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: NENHA Renda: NENHA 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>R. Maria Gomes dos Santos</u>	Número: <u>208</u>	Complemento:
Bairro: <u>As Brancas</u>	Cidade: <u>Bozenas</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>55660-000</u>	Tel (DDD): <u>(81) 994447590</u>

Local e Data: Bozenas 24/10/19

Jurandir Luiz de Lima
Assinatura do Declarante



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



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS: -		REGISTRO: 937-518
DATA: 27.05.19		HORA: 19:06		TELEFONE:
NOME: Maria Adilene da Silva		IDADE: 43		
NOME DA MÃE: R		ACOMPANHANTE:		
DATA DE NASCIMENTO:		BAIRRO: Centro		Nº: 28
Nº: 103, Zécos, Sabrinópolis		SINAIS VITAIS		
TA: 120,93 mmHg	HGT: mg/dL	T: °C	PESO: kg	Técn. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ O Apnéia O Cianose O Estridor O FC > 50 ou > 140bpm O FR < 10 ou > 32 irpm
- ☐ O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- ☐ O PAS > 80 ou > 200mmHg O PAD < 40 ou > 130 mmHg HGT < 40 ou > 41 mg/dl O Convulsão no momento
- ☐ O Politraumatismo Glasgow < 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- ☐ O Intussuscação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- ☐ O Dismenstriação O Anafilaxia 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 Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCK leve O PAS < 90 ou > 180mmHg O PAD < 50 ou > 110mmHg sem sintomas
- ☐ O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- ☐ O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- ☐ O Queimaduras de 1ª e 2ª áreas não-críticas SCQ < 10% O Vítila de abuso sexual ocorreu há até 72 horas
- ☐ O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Mieloma O Hematêmese O Enterorragia O Epitaxe
- ☐ O Acidente perfura corante 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 Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ O Lombalgia intenso O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem tosse
- ☐ O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências 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 cefálicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- ☐ O Queimaduras de 1ª 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 atestado 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

Vermelho
X Amarelo
Verde
Azul

Paciente trazida pelos Bombeiros, após acidente automobilístico, dor MIE.

Alergias: (X) NÃO () SIM, a

ENCAMINHADO:

Hayane Silva

Enfermeira

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÃO:

Assinatura da Assistente Social e carimbo

FICHA DE ATRIBUIMENTO	Alergias: () NAO () SIM, a	REGISTRO:
-----------------------	------------------------------	-----------

Queixa:

Rp. Deve ser MTD agindo
 com o uso do O2 3l/min
 e manter de 12h
 00h 00min
 00h 00min, outras
 00h 00min

Exame físico:

H.D.:

Indica de risco?

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Condição:

A paciente HIA - 5693233
 540, 99, 50cm e 19, 99kg
 100% de O2 3l/min a
 100% de O2 3l/min

Alcides Viana
 CRM 24.000.736

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	OBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: _____	SIM ()
Consulta e Observação	Solicitação	Hora: _____	NAO ()
Indicação (internamento)	Transferência		DIAS: _____
	Instituição		
	Óbito		
Data: _____		Medico - CRIMEPE (Carimbo)	
Hora: _____			



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



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5693233

Nome do Paciente Adriano Maria da Silva 42A

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Aviamento: pedestre () Ciclista ()
Automóvel: Colisão: Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Moto: em Motocicleta () Passageiro () Uso de Capote: S () N ()
Sem Atropelamento/Submersão () Soterramento ()
Injeção Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () For Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: Dor + dificuldade para respirar
após queda de altura de 10 metros
Exame Diagnóstico: Exame de tórax?

AValiação Clínica

Signos Vitais: (HGT) _____ Temperatura: _____ F.C.: 130 x 80
Vias Aéreas: FR: _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sinais Expiratórios: S () N () B.A.N.: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido Expiratório: S () N ()
Distúrbio Gástrico/Choro: S () N ()
Atividade Pericardíaca: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Pulsação Periférica: Boa () Lenta () Sinais Cardíacos: Normofonéticos () Hipofonéticos ()
Estado Rítmico: () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratação: S () N () Ictérico: S () N ()

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

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

EXAME NEUROLÓGICO

Atividade Primária Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inresponsivo ()

Escore do Coma de Glasgow (ECG):

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular à Voz 3

Abertura Ocular à Dor 2

Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sons Incompreensíveis 2

Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada do Estímulo Doloroso 4

Descoordenação 3

Descoordenação 2

Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinal de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit da fala ()

Desvio da pupila: Isocórica () Anisocórica () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões intra-torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões intra-abdominais: S () N () Fratura em Oso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

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

Uso de: Maconha () Cocaína () Crack () Lança-perfuma () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Exatidão da Coluna Cervical: S () N ()

Modulação Tala Gessador: S () N ()

Antidoto: S () N () Específico: _____

Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração da Sangue e/ou secreções: S () N ()

Intubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

Infusão de Fluidos: S () N () Específico: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condições: _____

Intervenções: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Av. da Transmissão

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Resposta para onde foi encaminhado: _____

Modo Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Horas: 10:25

27 MAIO 2019

Lócal e data

Médico Assistente

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:	

Período: 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 6693233

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuario da Internação
DENISELO



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 28/05/2019 09:24 Atendimento: 512648 N° AIH:

Nome: ADRIANA MARIA DA SILVA

Data Nasc.: 09/01/1974

Idade: 45

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Prontuário: 339322

CPF:

RG:

CNS: 161027851190000

Religião:

Endereço: RUA JOSE SOARES SOBRINHO

Nº: 28

Bairro: CENTRO

Cidade: BEZERROS

CEP: 55660000

Fone:

Profissão:

Estado: PE

Nome da Mãe: AMARA LUCIA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

2 - Internar Para

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Leito: CORREDOR - EMERG ADULT

Diagnostico 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		

Altitude - 512 512.

Prescrição

Enfermaria:

Registro N°: 339322

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



HOSPITAL JESUS PEQUENININO

Sala 3
COMANDA 476768

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Adriana Maria da Silva Registro Nº: 79781
Apt.: _____ Enfermaria: _____ Data: 30/05/18
Cirurgia: Frat. Tibia Esquerda Cirurgião: Dr. Romalob
Anestesia: Raqui Anestesista: Dr. Lacerda
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total	Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Dipirona	02	amp	
Nauseaon	03	amp		Narcan			
Água Destilada	01	amp		Nipride			
Tenoxicam				Dimorf 0,1	0.1	amp	
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Fentanil Espinhal			
Cediladine				Quelcin			
Decadron	01	amp		Hidrocortizona 100mg			
Dormonid				Hidrocortizona 500mg			
Diazepam				Rocafin 1g			
Dolantina				Seurfurano			
Neomicina Pomada				Revivan			
Efortil				Ringer of Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Omeprazol				Styptanon			
Fentanil 5ml				Clindamicina			
Dexametazona Pomada				Sulfato de Magnésio			
Flumucil				Soro Glicosado			
Ranitidina				Soro Fisiológico 500ml	01	amp	
Tramal				Thionambutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Propofol				Xylocaina 2% c/a			
Rapifen				Xylocaina 1% s/a			
Cisafraque				Xylocaina Geléia			
Tanfemin				Xylocaina Spray			
Vitamina M				Metronidazol 500mg			
Keflin	03	amp		Erocefina 40mg			
Ketalar				Dramin			
Lasix				Ipsilon			
Methergin							
Marcaina Pesada	01	amp					
Marcaina s/a							
Marcaina c/a							
Voluven							

Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total	Especificação	Quant.	valor unit.	valor Total
Alcôo 2				Coletor Sistema Fechado			
Aguilha desc. 25x7/40x120,45x12	03	unidade		Coletor Sistema Aberto			
Aguilha de Flexão				Azul de Metileno			
Aguilha Raquis 25	01	unidade		FIOS			
Equipo de Mição Gotas				PSD			
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Dreno de Sucção	02	unidade		CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe 15cm	01	unidade		CatGut Crom c/a	0		
Atadura Gesso				Fio de Algodão	01	unidade	
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	02	unidade		Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Maleável			
Dreno Penrose				Monorlyon 2.0	02	unidade	
Polifix				Monorlyon			
Equipo Macro Gotas				Propelene			
Esparrapado	7x			Propelene			
Intensor fisiológico Parenteral 2 vias				Polycot			
Esparrapado Micropore				Seda			
Linha Glis				Mono Cril			
Gase 7x5x7,5	05	pacotes		Viaryl			
Escova de Degermação	03	unidade		LÍQUIDOS			
Pulseiras de RN				Água Oxigenada	700	ml	
Clarna Umbilical				Alcool à 70%	100	ml	
Intracath				Glutarilaldeído			
Linha Descartável 7.8	04	unidade		Éter			
Linha Comum 21	06	unidade		Formol			
Lamina Bisturi 21	02	unidade		Chloroxina	100	ml	
Estox 204				Glutaril			
I.S. Petersen				Pov Degermante			
I. Sherman				OXIGÊNIO			
I.S. Petersen				Das — às —			
ar. Sherman				TAXAS			
no Steiman				Oxímetro de Pulso			
ótese Tompson				Aspirador			
alp				Bisturi Elétrico			
ringa 03 cc	01	unidade		Desfibrilador			
ringa 05 cc	01	unidade		Monitor			
ringa 10 cc	01	unidade		Eletrodos	4x		
ringa 20 cc					05	unidade	
cas	04	unidade					
casas	04	unidade					
-Pés	08	unidade					
ringa de 01 cc							
da Estom nº							
ter Nasal							
de Uretral nº	0						
de Foley nº							
de 3v nº							

(AG 1-2-3)

15	30	45	15	30
----	----	----	----	----

PAGE
EXTENT

SÍMBOLOS

ANOTAÇÕES:

AGENTES	DOSES	TECNICA
A. <i>hidroclorato</i>	3mg	<i>Roquianestesia</i>
B. <i>Nisc - fersada</i>	125mg	med simples 14/15
C. <i>D. melf</i>	0.3mg	Ag. Portante 80 x 25
D. <i>afalokina</i>	2g	14g lúpi ob
E. <i>Dipirona</i>	2g	
F. <i>Nalidixida</i>	4mg	
G. <i>Dexametazona</i>	10mg	

CÂNULA - NASÓFIRO FARÍNGEA -
NASÓFIROTRAQUEAL - CEGA
BAL - TAMPA - CALIBRE DO TUBO
SOB - MÁSCARA
DIFÍCILIDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia

TOTAL

OPERAÇÃO

ANESTESISTA:

CIRLPIGIAO:

Leitungs - Bauplan - Einbaum Set
 Depressur - Aspirations - Filter
 "ZUCKKUG" - Ventil

Administrative Arrangements

Brasão - Tapacutã - Chiquitos

PERDA
SANGUÍNEA:



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO
EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Adriana Vieira da Silva DATA: 28/05/19

MU: Fratura de tíbia + HAS

EM USO DE: Sintomáticos

DADOS DE ENFERMAGEM:

DISGLICEMIA () SIM () NÃO

DISTERMIA () SIM () NÃO

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL ()

QUEIXAS

Dor

EXAME FÍSICO:

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

ACV: ☒ RCR em 2T, BNFS/S () OUTROS FC _____ bpm
PA x 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 Pereira
Médico
CRM-PE 4832

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO

RELATORIO CIRURGICO

NOME DO PACIENTE ADRIANA MARIA DA SILVA CLINICA ORTOPEDICA		NUMERO DO REGISTRO 79781
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA		
ANESTESIA RAQUI		ANESTESISTA DRA. LUCIA
DATA DA OPERAÇÃO 30/05/2019		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA + OSTEOTOMIA DA TIBIA PROXIMAL + 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 OPERATORIO 4. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA 5. INCISÃO NA FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO 6. ABERTURA DO TENDÃO PATELAR 7. INTRODUÇÃO DE INICIADOR PELA TIBIA PROXIMAL 8. OSTEOTOMIA DA TIBIA PROXIMAL 9. REDUÇÃO DA FRATURA + PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR 10. APOSIÇÃO DE HIM + COLOCAÇÃO PARAFUSOS DE BLOQUEIO + PARAFUSO TAMPÃO 11. REPARO DE TENDÃO PATELAR 12. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 13. FECHAMENTO POR PLANOS 14. CURATIVO 15. RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH 		


 R. Ronaldo Evangelista
 Ortopedista
 CRM-PE 3.761

Conferido Com Documento

Original Bezerras PE 2408119

Hospital Jesus Pequeno

João Luiz Bezerra dos Santos
 Assistente Social



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

30/8/19. Rx controlada.

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO


Dr. Renato Pinheiro
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: DR. EDNALDO BARROS PEREIRA
 Médico:

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: 2601904 BEZERROS
 UF: PE
 RG: JOSE SEVERINO DA SILVA
 Mãe: AMARA LUCIA DA SILVA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: MORENO
 Est. Civil:
 C.P.F.: 80869130404
 Identidade: 4190710 SSP PE
 Telefone:
 G. Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade: RECIFE

SENHA ORTOPEDIA 578674

Nome do Paciente:

H.D.A.:

Exame Físico:

H.D.:

Fratura do osso da perna E

Tratamento:

Dr. Ednaldo Pereira
 Médico
 CRM-PE 4932

Bezerros, 28 de maio de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento
 Original Bezerros PE 31/5/19
 Hospital Jesus Pequeno

HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

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

Recepç.: 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, 208
Bairro: ASA BRANCA
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
Pai: JOSE SEVERINO DA SILVA
Mãe: AMARA LUCIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: FEMININO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F. 80869130404
Identidade: 4190710 SSP PE
Telefone:
G.Instrução
Ocupação:
Naturalidade: RECIFE

Recepcionista:

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

Alta Hospitalar

Data: 31/05/19

Médico: _____

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

Assinatura / CRM

Observação**Diagnósticos**

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Óbito

Data: ____/____/____

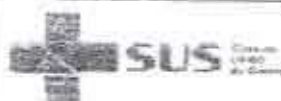
Médico: _____

Assinatura / CRM

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 24/05/19
Hospital Jesus Pequeno

Atestado de Óbito
Assinatura do Médico

[Assinatura]



LAUDO 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 ADRIANA MARIA DA SILVA		6 - Número, do Prontuário 79781	
7 - Número Nacional de Saúde (CNS) 0002071899852	8 - Data Nascimento 09/01/1974	9 - Sexo FEMININO [3]	10 - Raça/Cor 10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe TATIANA LUCIA DA SILVA		12 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável		14 - Telefone de Contato	

Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)

15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA MARIA GOMES DOS SANTOS, 208 () - ASA BRANCA			
16 - Município de residência BEZERROS	17 - Cod. IBGE município 2801904	18 - UF PE	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos <i>Paciente refere que caiu da moto há 24 horas e não sentindo dor nem uma ferida</i>

21 - Condições que justificam a internação <i>Tto cirúrgico</i>
--

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) <i>Rx de Torax</i>

23 - Diagnóstico inicial <i>Fratura do osso da perna E 2822</i>	24 - CID 10 Principais	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas <i>04.08.05.013-6</i>
--	------------------------	------------------	--

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Ampliação do litotriptor</i>		28 - Código do procedimento <i>04.08.05.050-0</i>	
--	--	--	--

29 - Clínica <i>Ortopedia</i>	30 - Caráter de Internação	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Ednaldo Pereira</i>	34 - Data da solicitação <i>28/05/19</i>	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	
---	---	---	--

PREENCHER EM CASO DE CASAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - Nº da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Nº
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA de Empresa () CBO	
38 - () Acidente de Trabalho atípico		44 - Registro Nacional de Seguros	
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado			

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
---------------------------------------	--	-------------------------	---

48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador
50 - Data da Autorização	51 - 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 28.05.19
Hospital Jesus Pequeno



SOLICITAÇÃO DE RAIOS-X

NOME: Adriana Maria da Silva

- ☐ RAIOS-X DA CLAVICULA () D () E () AP
- ☐ RAIOS-X DO OMBRO () D () E () AP () PERFIL () RN () RI () RE () AXIAL
- ☐ RAIOS-X DO BRAÇO () D () E () AP () PERFIL
- ☐ RAIOS-X DO COTOVELO () D () E () AP () PERFIL
- ☐ RAIOS-X DO ANTEBRAÇO () D () E () AP () PERFIL
- ☐ RAIOS-X DO PUNHO () D () E () AP () PERFIL () OBLIQUA
- ☐ RAIOS-X DA MÃO () D () E () AP () OBLIQUA
- ☐ RAIOS-X DA BACIA () AP () ROTA DE RÔ
- ☐ RAIOS-X DO QUADRIL () D () E () AP () PERFIL
- ☐ RAIOS-X DA COXA () D () E () AP () PERFIL
- ☐ RAIOS-X DO JOELHO () D () E () AP () PERFIL () AXIAL
- ☒ RAIOS-X DA PERNA () D () E () AP () PERFIL
- ☐ RAIOS-X DO TORNOMELO () D () E () AP () PERFIL
- ☐ RAIOS-X DO PÉ () D () E () AP () OBLIQUA () PERFIL
- ☐ RAIOS-X DO CALCANEIO () D () E () AXIAL () PERFIL

30/08/19
() OUTRAS INDICAÇÕES

Dr. Renato Figueiredo
Ortopedista

Adriana Maria da Silva
20/07/2019
Pinto Aguiar



Adriana Maria da Silva
24/07/2019
Pino vermelho



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETINHA: PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013815376768
1121392240

JOSE GUSTAVO DE LIRA SILVA

BEZERRAS-PE

112-062.034-ZB

RDCC980

9C2ED0810HR200685

PLACA: MOYU-10827A

ALCO/IBASOL

HONDA/MXR160 BROS ESUD

2017 2017

2E/1682L

ARTIC VERMELHA

112-062.034-ZB

RDCC980

9C2ED0810HR200685

SEM RESERVA

BEZERRAS-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

06/07/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

06/07/18

SEÇÃO DIRETORIA DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

PE Nº 013815376768 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE GUSTAVO DE LIRA SILVA

BEZERRAS-PE

112-062.034-ZB

RDCC980

9C2ED0810HR200685

PLACA: MOYU-10827A

ALCO/IBASOL

HONDA/MXR160 BROS ESUD

2017 2017

2E/1682L

ARTIC VERMELHA

112-062.034-ZB

RDCC980

9C2ED0810HR200685

SEM RESERVA

BEZERRAS-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

06/07/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

06/07/18

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.348.046/0001-00

DETINHA E GUARDE O BILHETE DPVAT
PIL MANEJO DE BOMBEIRO CONTRAFULM

SET-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 PERNA 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 PERNA 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 Silva
brasileiro (a), estado civil _____, profissão me recuso, residente e
domiciliado à Rua R. Jose Lacio Salvador

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

OUTORGADO: Durandir Luiz de Lira
brasileiro (a), estado civil _____, profissão me recuso, residente e
domiciliado à Rua R. Jose Lacio Salvador

Nº 322, Bairro Opameleira Município de Beynos
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 Silva

Cobertura: Invalidz 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 mandato.

Beynos, 07 de outubro de 2019.

Adriana Maria da Silva

OUTORGANTE

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Coronel Manoel de Aguiar, 10 - Fone: (51) 3011-1111, www.tabelionatovasconcelos.com.br
Município: 2240 de Viamão - RS, Tabulação Pública

Reconheço a firma por autenticidade de:
ADRIANA MARIA DA SILVA, Dou fe.
Em testemunho da verdade
Maurício Vasconcelos
Data Digital: 0077777.FTU08701801-00314
Linha QR 3.99 18/10/2019 09:48:10
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seidigital



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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANA MARIA DA SILVA

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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378235/19

Vítima: ADRIANA MARIA DA SILVA

CPF: 808.691.304-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/05/2019

Titular do CPF: ADRIANA MARIA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JURANDIR LUIZ DE LIRA

Steffany Carolyn Lins Veloso

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

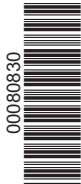
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

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



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

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, 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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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: ☒ REFUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 POLPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (ou 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 namorado(namorada)? ☐ 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 daqueles 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.

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:

Bozenas 24/10/19
Adriana Maria da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

6277 8014 9609 9312

2192 013 00079083-7 11/20

ADRIANA MARIA DA SILVA

elo

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3190610351

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 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 em bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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 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 acórdado, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gou 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 filhos menores? ☐ 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 rejeitada, 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - local e Data: 41 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 69516 1463

6036

ADRIANA MARIA DA SILVA

VALID
THRU/ 10/24

2192 013 00066003-8

mastercard



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181001766**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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)
JOSÉ 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 Mãe: AMARA LUCIA DA SILVA Pai: JOSÉ SEVERINO DA SILVA Data de Nascimento: 9/1/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4190710/SSP/PE (RG), 80869130404 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 995801765 - 997778776

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 160 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 SÔA JOSÉ , ONDE DERA ENTRADA CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO REGISTRO Nº957518, 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 CABÍVEIS.

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*~~ **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(a) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 808.631.304-04 3 - CPF da vítima: 808.631.304-04 4 - Nome completo da vítima: 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

5 - Nome completo: Adriana Maria da Silva 6 - CPF: 808.631.304-04
7 - Profissão: Renda 8 - Endereço: Rua Maria Gomes dos Santos 208 9 - Número: 208 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Francisco 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (31) 994647590

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 POLUPANÇA (Excluído para os bancos citados. Atualize sua app360) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0192 CONTA: 66003 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (assinatar 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 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 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 ☐ Viúva 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 residência (aluguel)? ☐ 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, Bezerros 24/10/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura na via/autorização (testante)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

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. João 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: 000000066003-8

Nr. da Autenticação 94EDEC75F1DF5D81

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 10.835.932/0001-04
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social da 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

JOSE SEVERINO DA SILVA
CPF: 770.704.884-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA GOMES DOS SANTOS 308 4

ASA BRANCA/BEZERROS
55560-000 BEZERROS PE

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

DATA DE VENCIMENTO

02/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

25/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

078975146

CONTA CONTRATO

002015981019

Nº DO CLIENTE

2001067818

Nº DA INSTALAÇÃO

0000334005

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C0CD.5AAE.BEF3.4B72.33D1.AF94.83C6.D272

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,25008889	7,50
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,44888832	31,21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,65878848	80,25
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,00	0,74311054	37,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			11,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 071465106-26/07/18			1,60
TOTAL DA FATURA			184,70

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
188,35	26,00	42,08	188,35	0,81	1,36
			188,35	3,72	5,26

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19328439	SET 18	276
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420320	AGO 18	299
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47150380	JUL 18	298
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,53357002	JUN 18	308
		MAI 18	362
		ABR 18	340
		MAR 18	277
		FEV 18	368
		JAN 18	276
		DEZ 17	373
		NOV 17	268
		OUT 17	248
		SET 17	312
TOTAL	188,35		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geracao de Energia	55,49 39,84
Transmissao	5,07 3,61
Distribuição (Celpe)	38,94 21,84
Encargos Setoriais	3,61 3,14
Tributos	48,79 29,62
Perdas de Energia	11,63 6,91
TOTAL	188,35

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
W35341	CAT	27/09/2019	63.745,00	25/09/2019	61.915,00	28	1,8099	0,00	270,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
jul/2019					
DIC-Não há horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	22,16
FIC-Não há horas sem Energia		0,00	5,35	6,54	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,37	0,00	9,20
DICN-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICN: 12,22
EMSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 37,39

Todos os consumidores podem solicitar a suspensão dos tributos (DSC, PIS, COFINS e ICMS) e qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você | laurinda de morais variedade: rua henrique dias 308 santo antonio / II material de construçao: r henrique 308 sto antonio 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%(R=414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 57,44. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

TALÃO DE PAGAMENTO

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

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA