

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 909206	Data e Hora do Atendimento 23/09/2019 às 08:37:12	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGENCIA GERAL
------------------------------	--	--	--------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025216362 - CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO
 CNS: 702601737931147 Nascimento: 09/01/1990 Idade: 29 anos Sexo: Masculino Cor:
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: COMERCIAL Naturalidade: BOM CONSELHO Nacionalidade: Brasileiro
 Documento: RG - 8128148 Filiação: Pai: Mãe: ANA PALUA CORREIA DANTAS SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA 06 DE ABRIL, Nº. 185 Complemento:
 Bairro: CENTRO Cidade: Bom Conselho UF: PE Telefone: (87) 8114-0960

Acompanhante:
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
 Procedência: Bom Conselho Meio de Transporte:

Atendimento Médico:
 Data: / / Hora: Médico: CRM: /

Queixa Principal:

IDA: REGIM HEMORRÁGICO NO TÓRAX EM 2019
 DOENÇA NA CLAVÍCULA. REGIME
 PERDA DE CONSCIÊNCIA E MÚSCULOS

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Queda: Sim ☐ Não ☐ Por:	Transporte realizado por:	
Condições de Imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

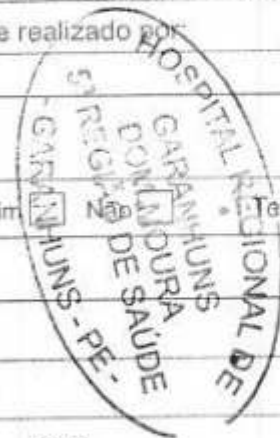
Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:



É: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Rx na clavícula esquerda

Exames Solicitados:

AV
BO Ombro esquerdo

Resultado dos Exames:

N. V. com o m. b.
Tômy PAVOZEL

Tratamento/Procedimento:

1) SFD, 97. - 1000 UF, EV - 1º 2º
2) Transf: Ombro - 100 UF 40, 97, EV, leito
9:30

Cód. Procedimento

Dr. ERICO HENRIQUE
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 18487 / SBC

Ass. Médico + Carimbo

13.334
CAMPO

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

AValiação do Círculo GOM
(PENSA NA CONSCIÊNCIA NO ACCIDENTE GERAL)
Diagnóstico Definitivo: Fratura da clavícula

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

/

Hora:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorar

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e / ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

GARANHUNS

Assinatura:

DOM MOURA

5ª REGIÃO DE SAÚDE

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que este ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Trat. Clavícula E

20



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Pernambuco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO **VERDE** AZUL

Nome: Cláudio Laurino Idade: _____

Situação/Queixa: Acidente de moto + dor na clavícula

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE
Doenças Preexistentes			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA 150/110 P. _____ R. _____ T. _____ SpO2 _____ HGT: _____ Peso: _____ Glasgow: _____

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente ☒	Orientado ☒	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor: _____

Localização: _____

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma: p. outos

Data: 23/09/19

Laurino
Assinatura/Carimbo

HRDM
5777440

07:00

Ricardo Alves de S. Júnior
Clínica Médica - Geriatria
CREMEPE 15239

LAUDO MÉDICO

Christian Damasceno de Silva Filho, 22 anos
Sexo: ☐ M ☐ F
Fam. () Mescl. ()

22 anos, relato de episódio sintomático com
perda de consciência.

TM:

- A. B. P. S. A. - C. A. J. M. A.
- T. R. M. J. A. - C. A. J. M. A.

TRAUMATOLOGIA

Ricardo Alves de S. Júnior
Clínica Médica - Geriatria
CREMEPE 15239

23.03.13



D. Observar

D. 5051 ————— 5000

2. Carlos Bruno

D. Sobre Sólidos em 2030
4 sets

D. 21111111 ————— 2111
+ mais 06.

Dr. Jussuf Cruz Santos
Clínica Médica e Geriatria
CRM 20986

- TRATAMENTO - 10/11/2012 - 11/11/2012

- 1. FOLHA DE OBSERVAÇÃO

- 2. 1

Ricardo Arves de S. Junior
Clínica Médica - Geriatria
CREMEPE.15239

Fabiana Melo da Silva
COREN/PE 1207106-TE

Mary Lucilene C. Vieira
Ass. em Enfermagem
COREN/PE 732.839

FICHA DE INTERNAÇÃO

Número do Registro 309872	Data e Hora do Atendimento 25/09/2019 10:32	CNS:		Local:
Paciente: 000086669 CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO	Nascimento: 09/01/1990	Idade: 29	Sexo: Masculino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: VENDEDOR	Naturalidade:		
Documento: 8128148	Filiação: Pai: CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA Mãe: ANA PAULA CORREIA DANTAS SILVA			
Endereço: TRAVESSA SAO SEBASTIAO	Nº: 4	Complemento:		
Bairro: CENTRO	Cidade: BOM CONSELHO	UF: PE	CEP: 55330-000	
Telefone fixo: (87) 99683-5234	Telefone Celular: (45) 98813-6662			
Convênio: Particular	Categoria:	Matricula:	097427701	
Médico: SAULO BEZERRA DE ALMEIDA	CRM:			
Enfermagem: Posto - B	Leito: QTO. 22		LEITO 1	

Histórico: *Sofreu queda de leito, enfiando o ombro esquerdo*

Anamnese:

Exame médico físico: *sem + impotência funcional. sem deficit neurológico*

Diagnóstico: *trauma da clavícula esquerda*

CD: Hipótese diagnóstica:

Tratamento: *Tratamento cirúrgico*

Data da alta: *26/09/19* Motivo: *curado*

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Eu, *Dr. Paulo Roberto Gomes Dantas Tavares*, pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MAT. N. SRA. PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (cirurgias, exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, conforme necessários e em observação às normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados neste nosocômio. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.

Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura / Responsável



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA
Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns - PE
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE <i>P. 200</i>		
NOME DO PACIENTE <i>Leandro da Silva Filho</i>		NÚMERO DO REGISTRO <i>1111</i>
CLÍNICA <i>Ortopedia</i>		NÚMERO DO LEITO
OPERADOR <i>Dr. João Silva</i>		
1º ASSISTENTE		2º ASSISTENTE
INSTRUMENTADOR		ANESTESISTA <i>Dr. João Silva</i>
ANESTÉSIA <i>Eleito pleural exp. + tracheal</i>		DURAÇÃO
DATA DA OPERAÇÃO <i>25-03-2018</i>	INÍCIO <i>13:20</i>	FIM <i>14:00</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de úmero esquerdo</i>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
OPERAÇÃO PROPOSTA <i>Protese unipolar total de úmero exp.</i>		
OPERAÇÃO REALIZADA <i>A proposta</i>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- * Paciente sob bloqueio de PBE
- * Descompressão + aproximação dos campos estéril
- * Incisão feita antero-superior do ombro E
- * Osteossíntese cl. plom 1/3 de canal 3,5 (8 Furos)
- * Sutura por plano



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.
Av. Simão Gomes, 33 - Heliópolis - CEP 55.296-250 - Garanhuns - PE - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
E-mail: hpsocorro@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014801185432
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 1004582266 ENTRC 2018 EXERCÍCIO 2018

NOME
JEYSON LEITE SOBRAL

BOM CONSELHO-PE

CPF/CNPJ
094.876.464-83

PLACA
OY03705

PLACA ANT./UF
44444444-AN

CHASSI
9C2K01680BR024786

ESPECIE TIPO PAS / AUTOMOTORA COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO BOMBA/OC150 FAN RSDI ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CPF/POT/CL 2F/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC/COTAS
IPVA 2015 QUITADO 1ª *****

Faixa IPVA PARCELAMENTO (COTAS)
1 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO 21/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

SINAL DATA
BOM CONSELHO 23/02/19

Roberto Carlos Maciel da Costa

DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DETRAN/PE

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

PE Nº 014801185432 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JEYSON LEITE SOBRAL

55330-0

CASA BOM CONSELHO-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA CESSAC 23/02/19

VIA 1 CPF/CNPJ 094.876.464-83 PLACA OY03705

RENAVAM 1004582266 MARCA/MODELO BOMBA/OC150 FAN RSDI

ANO FAB 2014 CILINDROS 89 Nº CHASSI 9C2K01680BR024786

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 DOLAR BRASILEIRO (R\$) 94.52

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAC/O 21/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.346.600/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
PIS PIS E TR- FORTES OBRIGATORIO

COMPREV

COMPREV - CDA E PREVIDÊNCIA SIA

22 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035567 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 1/2/4/7/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035567 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 1/2/4/7/8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030103/20

Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

CPF: 083.977.884-84

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO : 083.977.884-84

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: 22/01/2020
Nome: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO
CPF: 083.977.884-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035567

Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 23/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035567

Vítima: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 23/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000550-9

Conta: 0000025041-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do registro ao ASL: 3 - CPF da vítima: 08397788484 4 - Nome completo da vítima: Cleudson Baurencio da Silva Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: Cleudson Baurencio da Silva Filho 6 - CPF: 08397788484
 7 - Profissão: mecânico de Tr 8 - Endereço: Tr São Sebastião 9 - Número: 04 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bom Conselho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55330-000
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 99668-4814

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 CORTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Brasil
 AGÊNCIA: 0550 9 CONTA: 25041 4
 (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 de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascit)? ☐ 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bom Conselho - PE, 13.12.2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



COMPREV
VIDA SIMPLES
22 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0226000920

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 23/9/2019 no período da Noite

Local do Fato: VIA PUBLICA

CLEIDSON LOURENÇO DA SILVA FILHO (VITIMA)

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JEYSON LEITE SOBRAL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEYSON LEITE SOBRAL**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OY03706** (PERNAMBUCO/BOM CONSELHO) Renavam: **100458226** Chassi: **9C2K16S0GR024756**

Ano Fabricação/Modelo:

Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE SE DIRIGIA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA COM SEU AMIGO PROPRIETÁRIO DA MOTO E AO PASSAR PROXIMO AO CAMPO DE AVIAÇÃO ACABARAM CAINDO DA MOTO SOFRENDO AS LESOES DESCRITAS NA FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR. RENAVAM CORRETO: 1004582266

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

Cleudson Lourenço da Silva Filho
CLEIDSON LOURENCO DA SILVA
FILHO
(VITIMA)

JEYSON LEITE SOBRAL
JEYSON LEITE SOBRAL
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE FABRICIO MENEZES MARANHÃO** - Matrícula: **320324-7**



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

2 - Nº do registro ao ASL: 3 - CPF da vítima: 08397788484 4 - Nome completo da vítima: Cleudson Baureneoda Silva Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: Cleudson Baureneoda Silva Filho 6 - CPF: 08397788484
 7 - Profissão: mecânico de Tr 8 - Endereço: Tr São Sebastião 9 - Número: 04 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bom Conselho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55330-000
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 99668-4814

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 CORTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Brasil
 AGÊNCIA: 0550 9 CONTA: 25041 4
 (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 de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bom Conselho - PE, 13.12.2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEIDSON LOURENCO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00550-9

CONTA: 000000025041-4

Nr. da Autenticação DBC7A831AD199E0C



Autarquia de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 28/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife-PE, CEP 50050-900
 CNPJ 10.839.000/0001-00, Ins. Est. 0003943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ANA PAULA CORREIA DANTAS TENORIO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 TV SAO SEBASTIAO 04

CPF: 789.751.894-20

CENTRO/BOM CONSELHO
 BOM CONSELHO PE
 55330-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

09060823 ÚNICA 14/10/2019

14/10/2019 2019268948 8970201

7024400184 10/2019
 21/10/2019 13/11/2019
 209.15

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	219,000000	0,8108962	177,54
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,05
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,43
Contrib. Sum. Pública Municipal			12,50
ICMS Subvenção-CD&NF 073094288-13/09/19			1,81
Multa por atraso-NF 073094288-13/09/19			9,84
Multa por atraso-NF 078693354-13/09/19			2,12
Juros por atraso-NF 073094288-13/09/19			1,38
Juros por atraso-NF 078693354-13/09/19			0,77
TOTAL DA FATURA			209,15

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	NP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
318144813	CAT	11-08-2018	8.188,00	14-10-2019	8.387,00	89	120000		219,00

Mês/Ano	Consumo (KWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Descrição	Valor (R\$)	%
OUT-18 218					Geração de Energia	R\$ 50,12	21,84%
SET-18 127					Transmissão	R\$ 8,95	2,47%
AGO-18 225					Dist. Atividade (Cobrança)	R\$ 30,40	21,22%
JUL-18 180					Perdas de Energia	R\$ 12,41	6,84%
JUN-18 208					Encargos Setoriais	R\$ 9,38	4,02%
MAY-18 211					Tributação	R\$ 60,20	32,29%
MAR-18 230					Total	R\$ 187,82	100%
FEV-18 310							
JAN-18 352							
DEZ-18 314							
NOV-18 263							
OUT-18 280							

ICMS 197,02 25,00 49,75
 PIS 197,02 1,26 2,41
 COFINS 197,02 5,30 11,12

Consumo Ativo (KWh) 219,000000

FSOC 3455 DEB9 8002 3023 E302 1 CAS BEB7

Para obter o valor do imposto de renda, o consumidor deve consultar o site da Receita Federal do Brasil (www.ref.gov.br) ou o site da Receita Estadual do Estado de Pernambuco (www.receita.pe.gov.br). O valor do imposto de renda é calculado com base no valor do consumo de energia elétrica e no valor do imposto de renda. O valor do imposto de renda é calculado com base no valor do consumo de energia elétrica e no valor do imposto de renda.

CONSUMO	VALOR AJUSTADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
BOM CONSELHO	0,00	11,30	33,81	41,02	220	202 231
DE	0,00	7,58	15,16	30,32		
FE	0,00	8,74	0,00	0,00		
DMC	0,00					

Limite DCM: 10,50 Limite VCM: 10,50

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 22 JAN 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE