

3190 664548



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF 765.321.354-53 NIS 16382181375

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOME BISPO 196

COMPESA LAGOA DOS GATOS
LAGOA DOS GATOS PE
55450-000

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
1046499022	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	115,96

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acrescimo Bandeira AMARELA
Acrescimo Bandeira VERMELHA
Contro. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvençāo-CEP-NF 075438380-28/08/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,27049070	8,11
70,0000000	0,48369834	32,45
81,0000000	0,89554752	70,33
		2,42
		0,88
		12,94
		0,87

(81) 99304-6299

(81) 99304-6442

Ficha de Atendimento

ETIQUETA
020603223-1
020603224-9
020603225-7

Número do Atendimento

1451014		Data e Hora de Atendimento: 07/07/2019 17:06	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
		Atendimento Manual:	
Nº Prontuário 1684932	Paciente MARIA DAS GRACAS DA SILVA	Nm. Social:	
Data de nascimento: 08/05/1969	Idade: 50a 1m 29d	Sexo: FEMININO	
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO	
DOC ID / Data expedição 4090263 / 11-Jan-89	Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA	Cartão SUS: 703405826464300	
	Pai: CICERO JOSE DA SILVA		
Endereço: RUA JOSE TOME BISPO	Número: 196		
Barro: COMPESA	Complemento:		
Cidade: LAGOA DOS GATOS	UF: PE	Telefone: 982141651	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:	Fones:		Assistente Social
Confirmação de endereço:			
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tuteiar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação:			Assistente Social

Historia Clínica

Paciente astenia de evolución intermitente 10 años, evolucionando con episodios de anorexia e infartos.

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DE EMERGÊNCIA
DATA 07/07/19 HORA: _____

SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS MEDICAS FATURAMENTO

MÉDICO		Atendimento Médico									
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Susto Epático: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Transporte realizado Por:			
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Tipo:											
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sofreu queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		Altura:							
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		Por Quê?									
Exame Físico:											
A- Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			Temp:				
<i>EGB, London, WINDSOR, poliostico, afibrila</i>											
B- Respiratório	<i>MVC na AFT, SIRA</i>										
C- Circulatório	PA	X	mm	Pulso:			bpm				
<i>Pulseira - 27, BNF 4, PAP 100, FCO 80, CP</i>											

APGIO BAIXADO

Ficha de Atendimento
Número do Atendimento

<input type="checkbox"/> Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MIO <input type="checkbox"/>	MIF <input type="checkbox"/>	Pupas	Isocônicas <input type="checkbox"/>	Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glágo: Abertura Ocular		Glágo: Resposta Vertebral			Glágo: Resposta Motora			
Escore	Horas	Escore	Horas	Escore	Horas	Escore	Horas	

CC6.15

E. Exposição/Abdômen

ABD: Bco - glágo abdominal, dolor, S/ VCT.
 Sintoma de compunção.

 Diagnóstico Inicial: *Glágo abdominal*

Cod. Procedimento

 Conduta:
 1) SAI. TR. fono, 2000-07-05
 2) Bx. n/a

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Ass. Médico

 DATA / / HORA

 MÉDICO

 TÉCNICO

 EXAME

 CONTRASTE

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:
 Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadu-se Alta

Internado na Clínica

Transferido para:

Rita Mota
 CRM 19281-PE
 Neurocirurgia

 Curado

 Melhorado

 Inalterado

 Piorado

 Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Rita Mota
 CRM 19281-PE
 Neurocirurgia

 CRM Data Hora

Médico

Termo de responsabilidade para Internamento:

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

 Data Nome completo legível:

 No. da identidade Assinatura

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

 Data Nome completo legível:

 No. da identidade Assinatura

Data e Hora Impressão: 07-Jul-19

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

Nome Paciente:	MARIA DAS GRACAS DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	08/05/1969
Sexo:	Feminino
Idade:	50
Senha:	U0038
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS, ERA GARUPA, COM CAPACETE. REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, ESCÓRIAÇÕES

Observação:

PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722263

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Dados Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

07/07/15

10:45

CIP 68000 #
→ Reacende faceta apesar de alta comar. Té 300 ml
nao d. de g. base na base de nictem. Pabat. noga
de amarelo

Do seu: EGB, coron, hidrocor, hoto
AP: N. sit. nov. 9/17 PR: 88 mm
ABD: dolor, difusas, int. br, g. co.
- C/

1 Alta da Cr. gen l

Luisa C. Ferreira
Médico
CRM-PE 27678

CRP-06 + Dr. P. R. S.

Assinado(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 07/07/2019 17:00

RECEITUÁRIO

24741

DATA: 7/7/2016

NOME: Maria das Fazendas de Britto

5722263:
Neurologia H. Moshimini

Pete so che, vidente.

↓ curenha do moto.

TCE rego Poco do Lobo.

Ante, e costela arredondada com "tontos".

Na m. dor. de dorito,

vômitos.

Glofle - 15 487-186

Set - 96 AA.

PA - 130/90 - móveis

Fe: 72:

Soluto - ouviu pete.

neurolpt -

Margarete Siqueira Reis
CRM-PE 25624

Ficha de Atendimento

NCR/03066009
ETIQUETA
0206032037
0206032039
0206032040
TC

Número do Atendimento

1451014		Data e Hora de Atendimento 07/07/2019 17:06	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
		Atendimento Manual:	
Nr. Prontuário: 1684932 Paciente: MARIA DAS GRACAS DA SILVA		Nm. Social:	
Data de nascimento: 08/05/1969 Idade: 50a 1m 29d		Sexo: FEMININO	
Estado Civil: CASADO Profissão:		Acompanhante: PAULO RICARDO GOMES DO:	
DOC ID / Data expedição 4090263 / 11-Jan-89	Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: CICERO JOSE DA SILVA	Cartão SUS: 703405826464300	
Endereço: RUA JOSE TOME BISPO Bairro: COMPESA Cidade: LAGOA DOS GATOS		Número: 196 Complemento:	UF: PE Telefone: 982141651
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO) / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social	
Confirmação de endereço:			
Provisões: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públ. <input type="checkbox"/>			
Outros: <input type="checkbox"/>			
Observação:			

História Clínica:

Paciente vítima de acidente motociclista no 10h, caindo com impacto na nuca e na cabeça.

GES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOQUE DE VIDA EMERGÊNCIA
DATA: 07/07/19 HORA:

SERVIÇO EXECUTADO
CONTAS MÉDICAS FATURAMENTO

Atendimento Médico	
Ponto de cintiloscópio: Sim <input type="checkbox"/> Euclíptico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:	
Condições de Imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?	

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está aberta: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Támp:
--	--

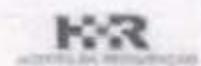
66B, colorido, humoroso, orientado, apreensivo.

B. Respiratório: MVR = 40L, SIRA

C. Circulatório: PA: mm	P脉: bpm
-------------------------	---------

120 - 2T, BNP 4 mmol/L FC 80 bpm

APGIO GAIKAWA
FUNCIONÁRIO



Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

D. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD	MSE	MID	MIE	Pupila	Isocônicas	Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motoria						
Escala: 0-100	Escala: 0-5	Escala: 0-5						

E-Exposición/Atmósfera

ABD: Blau-gelb, Diposal, rotol, 51 x 60
5 cm, das ist 0,5 cm breiter
4 cm, daher 2,5 cm breiter mit HED.

Diagnóstico Inicial: 1) **Parálisis** Cod. Procedimento

Conduta: 300 m de tubo, uso grande
210 m de ca



SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA	
DATA	Ass. Médico
MÉDICO	ROSA
TECNICO	
EXAME	
CONTRASTE	

Evaluación del Enfermamiento

Ans Entfernung

Definição do Caso:

Condicão de Alta:

- Curado
- Melhorado
- Inalterado
- Piorado
- Obito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

CRM: CRM Data: 2023-10-10 Hora: 15:54:33

Termo de responsabilidade para Internamento:
- Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico

miúdos gurgicós inclusive transstôcicos e sintomas compatíveis com estreñimiento e transporte de fômites fecais.

Nome completo legge: _____
Assinatura: _____

No da identidade _____ Assinatura _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste hipócorse, bem como tenho o direito de conhecimento

sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Nome completo legível: _____

Nº da identidade _____ Assinatura _____

Data e Hora impressão: 07-Jul-19

RECEITUÁRIO

24741

DATA: 7/7/2016

NOME: Maria de Fátima de Britto

5722263
Uruçupiá H. Nestorini

Pote ro que vitame.

do canente de mato.

TCE regis Panabula.

Ante, e costel amarrado
colhendo com "tontos".

Na m. dura. de dente,
vômito.

Glofle - 15 487-186

Set - 96 AA.

PA - 130190 - maturid

Fe: 72:

Soluto - oudeu pele.
neurolpe ..

Margarete Siqueira Reis
CRM-PE: 25924

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/07/2019 16:57

Nome Paciente:	MARIA DAS GRACAS DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	08/05/1969
Sexo:	Feminino
Idade:	50
Senha:	U0038
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 07/07/2019 16:58 - 07/07/2019 17:00

SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Incidência:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Sinistro Principal: QUEDA DE MOTO, HÁ CERCA DE 8 HORAS. ERA GARUPA, COM CAPACETE, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES

Observação: PA 130/90, LAGOA DOS GATOS COM SENHA 5722263

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminado(s): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Outros Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

- REGUA DE DOR: 5

07/07/19

FCIP 60000 #

18:45

- Ponto fraco: dor na região dorsal. Té 0300 mm
nao é tolerável na escala de dor. Ponto fraco
dorsal

Os sint: EGRI, tontura, náuseas, dores
abdominais, dor na parte inferior do abd.
ABD: doloroso, difuso, intensa, crônica

• CO: 9 Alta da lin. gástr

Lucas Caleiro
Médico
CRM-PE 27675

MPG + Dr. R. S.

Assinado(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 07/07/2019 17:00

04157105

F. N. R. H.

1963-5 Passante com

história de Quase de

metade da Idade com grande de-
crescimento, sem variações.

Taxa de Cresc. & Larg.
excepcionalmente & dif. de
seu vizinho.

nos. 1000 & 1000000
em. Alt. em orientação

*Flávio Motta
Geodesta
Geodesta
Geodesta*

Paciente: *Obra Social*
Data 04/05/19 09:50

ETIQUETA

Número do Registro

Ficha de Atendimento

1422523		Data e Hora de Atendimento: 06/05/2019 00:45	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Paciente: 1677216 Paciente: JUSSIARIA MARIA BATISTA DA SILVA Data de nascimento: 02/12/1995 Idade: 23a 5m 3d		Sexo: FEMININO	
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:		Acompanhante: LUCIANA MARIA DA SILVA	
DOC ID / Data expedição: 9854610 / 16-Jul-15	Mãe: ELIANA DA SILVA	Cartão SUS: 898003435964709	
Endereço: TRAVESSA JERNIMO DE ALBUQUERQUE Bairro: SALGADO Cidade: CARUARU		Número: 8 Complemento: UF: PE Telefone: 992194881	
Ocorrências:		<i>Trânsito - Meio Ambiente</i>	
Motivo do atendimento: COLISAO VEICULO COM MOTO		ATT 06/05	
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		NEPI	
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome: <i>Obra Social</i>		Assistente Social	
Confirmação de endereço: <i>Obra Social</i>		<i>RTA</i>	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		<i>Assistente Social</i>	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelei <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. P. P. <input type="checkbox"/>		<i>Assistente Social</i>	
Outros: <i>RTA</i>		<i>Assistente Social</i>	
Observação: <i>Obra Social</i>			
História Clínica:			

FATURADO

Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Atendimento Médico
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Episódio Emérgico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Transporte realizado Por:

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está parva: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tempo:
----------	---	--	--------

B: Respiratório

C: Circulatório	PA	X	min.	<i>45</i>	P脉:
-----------------	----	---	------	-----------	-----

SES / HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA

DATA: 06/05/19 HORA:

MÉDICO:

TÉCNICO: *Danielle*

EXAME: Câncavo + lombar + Tórax

CONTRASTE: _____ ml

FUNÇÃO/ANALISE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome completo:		
CRM:	UF:	Nº:
Endereço:		
Cidade:		UF:
Telefone: ()		

1^a VIA FARMÁCIA

2^a VIA PACIENTE

Paciente:

Maria das Graças da Silva

Endereço:

Prescrição:

*Perotene (500 mg) — 16
30/01 a 11/2/01*

*Gondene (100 mg) — 16
30/01 a 11/2/01*

*Vicente Góes
Oficina Farmacêutica
CEMETEC 2004*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
Nome completo:		
Ident.:	Órg. Emissor:	
Endereço:		
Cidade:		UF:
Telefone: ()		

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		
Assinatura do Farmacêutico		Data



PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS - PE

SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

NOME COMPLETO: Prefeitura Municipal de Lagoa dos Gatos
Secretaria de Saúde - Programa de Saúde Mental

End.: Rua São Sebastião, S/N - Centro - Lagoa dos Gatos
CNPJ: 11.425.769/0001-78

PACIENTE: Maria J. f. S. N.

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

*Margarita Siqueira Reis
CRM-PE: 25924*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

RG: _____ ÓRG. EMIS.: _____

END: _____

CIDADE: _____

ESTADO: _____

FONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: _____

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO):

DATA DO ACIDENTE:

7/7/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Maria das Graças da Silva

LEGENDAS RELATANTES AO ACIDENTE:

TCE

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento conservador. TCE
AD 04/7/19.

ALTA MÉDICA:

15/07/19

15/07/19

EXISTE ALGUM DEFECTO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
Caso positivo descrever:

SIM

NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO;

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Traumatismo lés Traumatismo com Perda de memória Agonizante. Perda de memória.
2º Atividade diária Viver e cuidar-se
3º Viver com limitações de Permanecer e dormir
4º 100% Inabilitado

PERÍODO DE VALIDADE DA AVALIAÇÃO VÍTIMA NO PERÍODO DE Coronavírus a 10/08/2020 - 100% RESPOSTA LOCALIZADA - 300% DE SEGUIMENTO. Dr. Rosângela C. Sobreira

Coronavírus

22/03/19

DATA

ASSINATURA E CÓPIA

Dr. Rosângela C. Sobreira
Médica

CRM/PE 20342

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURI



60



maria das dores da silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4090263

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/01/1989

NOME

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

PAI/AO

Cícero José da Silva e
Josefa Maria da Silva

NATURALIDADE

Lagoa dos Gatos-PE

DATA DE NASCIMENTO

08/05/1969

DOC. ORIGEM C.Nasc. nº 11196, Fls. 106V, Liv.
A-28, Cart. Lagoa dos Gatos-PE.

CNPJ

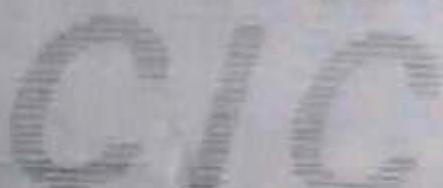
765321354/50

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIN 7116 DE 29/08/83



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS



NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO PIS

765321354, 53

Nº de inscrição

765 , 321 , 354 , 53

NOME COMPLETO

Maria das Graças da Silva.

NASCIMENTO

08.05.69

Assinatura

Maria das Graças da Silva

ESTA VERSÃO É IDÉNTICA COM A AUTENTICAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

Placa: PGM-7933

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo:

HONDA/NXR150 BROS ESD

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2

/ 0 / 149

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9C2KD0540ER010069

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo:

2013/2014

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0.00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES

Descrição do exame físico: AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇOES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE SEM SEQUELA NEUROLÓGICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES

Descrição do exame físico: AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇOES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE ENCONTRA-SE ATUALMENTE SEM SEQUELA NEUROLÓGICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 13) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664548 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 13) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421760/19

Número do Sinistro: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF: 765.321.354-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2019

Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53

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: 26/12/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA
CPF: 765.321.354-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421760/19

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF: 765.321.354-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2019

Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53

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: 28/11/2019
Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA
CPF: 765.321.354-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

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

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664548

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

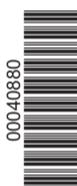
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	465391354-53	Manoel dos Gracis de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Manoel dos Gracis de Silva	
Profissão:	Endereço:	CPF:
Mercador	Rua Tomé Bispo	465391354-53
Bairro:	Cidade:	Número:
Rompreira	Jacaraí das Gerais	396
E-mail:	Estado:	Complemento:
MeLider	PE	Caro
	CEP:	
	55450-000	
	Tel. (DDD):	
	8749304-6999	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 04933 <input type="checkbox"/> CONTA: 10004055 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	

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

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 da 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 cutas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 38, §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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Local e Data: Jacaraí das Gerais, 28.11.19	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina o RG	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

NET GAME/SCOPUS
BRUNO LUIZ DE MOURA
RUA DO COMERCIO 53
CENTRO LAGOA DOS GATOS PE

V19.1 06/08/2019 11:03
TERM 000001 LOJA 000010698700001

AUTE 77008
DATA: 06/08/2019 HORA DE BRASILIA:11:03

DEPOSITO EM CONTA POUPANCA

FAVORECIDO
BANCO : 237
AGENCIA: 06993 - CUPIRA
CONTA : 0000001000405-5
NOME : MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DEPOSITANTE : O PROPRIO
FAVORECIDO
VALOR EM DINHEIRO : 280,00
VALOR EM CHEQUE : 0,00
VALOR TOTAL : 280,00

AG.BRADESCO : 6993 - CUPIRA
CURRESP.BANC.: 074 NET GAME
NSU: 003311956061 AUTENTICACAO: 431419

O NET GAME ATUA COMO CORRESPONDENTE
BANCARIO DO BANCO BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OLVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190664548
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Gracas da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Tome Bispo, 196
Compesa Lagoa dos Gatos PE CEP: 55450-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4090863
Data local do acidente: [07/07/2019]
Data local do exame: [06/01/2020] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM CONTUSAO CEREBRAL SIMPLES

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 07/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. O MESMO APRESENTAVA ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM ONDE NÃO EVIDENCIOU LESÕES INTRAPARÉNQUIMATOSAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CEFALÉIAS CONSTANTES COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS,
Data da Alta: 07/07/2019

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

AO EXAME NEUROLÓGICO: SEM ALTERAÇÕES MOTORAS, AUTONOMICAS OU COGNITIVAS. QUEIXAS SUBJETIVAS.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

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

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga

Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE

TEOT 14830





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
 DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001278

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/11/2019 às 21:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 7/7/2019 no período da Manhã

Natureza Jurídica: **ACIDENTE COM VÍTIMA NÃO FATAL**

Facto ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SITIO RAPOSO - LAGOA DOS GATOS - PE - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VILA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/1 AGENTE)
 IVO GOMES DE SOUZA (OUTRO)
 PAULO HENRIQUE GOMES (TESTEMUNHA)
 MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: CICERO JOSÉ DA SILVA Data do Nascimento: 9/6/1968 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 4099262/SSP/PE (RG) 78522135453 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TONÉ BISPO - 196 - COMPESA. - CEP: 55488 - Bairro: LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

IVO GOMES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

PAULO HENRIQUE GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): PAULO HENRIQUE GOMES, que estava em posse do(a) Sra: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NCR 150 BROS ESD Objeto apreendido: Não
 Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PGM7923 (PERNA/BUCO/NÃO INFORMADO) Chave: 9C2KD0540ER010069
Ano Fabricação/Modelo: 2013/NÃO INFORMADO Combustível: ALCO/GASOL
Detalhe: MOTOCICLETA HONDA NCR 150 BROS ESD DE PÇACA PGM 7923

VEÍCULO CARRO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) (Ena) **DESCONHECIDO**
Categoria/Características: AUTOMÓVEL OUTRO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Detalhe: VÉHICULO CARRO NÃO IDENTIFICADO CAUSADOR DO ACIDENTE

Complemento / Observação

AFIRMA A VITIMA, QUE ESTAVA NA GARIUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO SEU ESPOSO, QUE PASSAVA NA SITUADA LOCALIDADE, QUANDO UM VEÍCULO EM VELOCIDADE ENTRAVA DE MANNERIA
BRUSCA NA ESTRADA, QUE O FECHOU, OCASIONANDO O ACIDENTE. O MOTORISTA NÃO PAROU E TAMBÉM
NÃO PRESTOU SOCORRO, TENDO A VITIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE
LAGOA DOS GATOS E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR - EM RECIFE. DIANTE DO
FATO, REGISTRA O PRESENTE BO.

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

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
(VITIMA)

maria das graça da silva

RG registrado por: JOSEON DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 381.171-8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

165.391.354-53

Monic dos Gracis de Silva

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

Nome completo:

Monic dos Gracis de Silva

CPF:

165.391.354-53

Profissão:

Recurso

Endereço:

Rua Tomé Bins

Número:

316

Complemento:

Bairro:

Pompeia

Cidade:

Jaçanã dos Gatos

Estado:

PE

CEP:

35480-000

E-mail:

recurso

Tel. (DDD):

(81) 99304-6999

DADOS CADASTRAIS:

RENDA MENSAL:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0993

CONTA: 10000405 5

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentaram e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

INFORMAÇÕES

Local e Data: Jaçanã dos Gatos, 28/11/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF: 765.321.354-53 NIS: 16382181375

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
083150849	ÚNICA	29/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/10/2019	2000557444	1847706

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TOME BISPO 196

COMPESA/LAGOA DOS GATOS
LAGOA DOS GATOS PE
55450-000

CONTA-CONTRATO	MÊS/ANO
1046499022	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
05/11/2019	28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	115,96

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,27049070	8,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,48369634	32,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	81,000000	0,69554752	56,73
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,47
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Rum. Pública Municipal			12,94
ICMS Subvenção-CDIE-NF 075438380-28/08/18			0,87